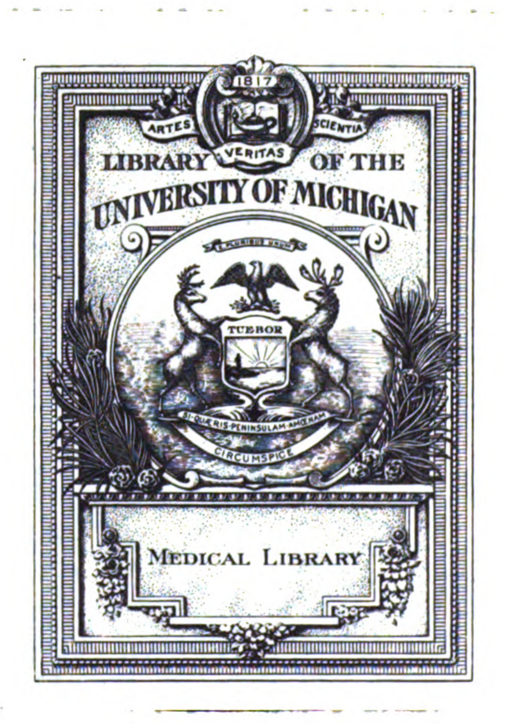

1817
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUÆRIS PENINSULAM AMŒNAM
CIRCUMSPICE
MEDICAL LIBRARY



ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BERZE-Wien, **BLEULER**-Zürich, **BONHOEFFER**-Berlin, **FISCHER**-Berlin-Dahlem, **KLEIST**-Frankfurt a. M.

DURCH

GEORG ILBERG

DRESDEN

MIT BEILAGE

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHISCHE HYGIENE

EINUNDNEUNZIGSTER BAND

ERSTES BIS DRITTES HEFT

AUSGEGEBEN AM 5. AUGUST 1929



BERLIN UND LEIPZIG 1929

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG : J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG : GEORG REIMER : KARL J. TRÜBNER : VEIT & COMP.

Inhalt.

1/3. Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Kleinere Mitteilungen.

Die „Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie" mit der Beilage „Zeitschrift für psychische Hygiene" kann durch alle Buchhandlungen oder direkt vom Verlag bezogen werden. Preis für den Band im Umfang von etwa 36 Bogen Rm. 30.—. Jährlich erscheinen 3 Bände, deren Hefte alle 4 Wochen zur Ausgabe gelangen. Die Beilage „Zeitschrift für psychische Hygiene" erscheint nur alle 8 Wochen, also 6 mal im Jahre. Den Mitgliedern des Deutschen Vereins für Psychiatrie, deren Bestellungen der Verein entgegennimmt, wird die gesamte Zeitschrift für Rm. 25.— geliefert.

Manuskripte sind an den Herausgeber Geheimrat Professor Dr. med. G. Ilberg in Dresden-Blasewitz, Schubertstr. 41,

Bücher, Jahresberichte, Sonderabzüge usw. aus der Fachliteratur, deren Besprechung in dem einmal im Jahre erscheinenden Literaturbericht gewünscht wird, an Oberreg. Med. Rat Dr. Helmut Müller in Leipzig O 39, Anstalt Dösen, einzusenden.

Die Herren Mitarbeiter erhalten für Originalbeiträge M. 24.— Honorar für den Druckbogen und 25 Sonderdrucke kostenlos; Vereins- und Versammlungsberichte, von denen dem Generalberichterstatter 25, den einzelnen Referenten je 12 Sonderdrucke kostenlos geliefert werden, werden nicht honoriert. Für eine weitere Zahl von Sonderdrucken werden die Selbstkosten berechnet.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BERZE-Wien, BLEULER-Zürich, BONHOEFFER-Berlin, FISCHER-Berlin-Dahlem, KLEIST-Frankfurt a. M.

DURCH

GEORG ILBERG
DRESDEN

EINUNDNEUNZIGSTER BAND



BERLIN UND LEIPZIG

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG - J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG - GEORG REIMER - KARL J. TRÜBNER VEIT & COMP.

1929

Inhalt.

Originalien.

Seite

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Kleinere Mitteilungen.

Autoren-Register.

A. Verzeichnis der Anstalten in alphabetischer Ordnung

Aachen (Rheinprovinz)

1. Städtische Irrenanstalt **Mariabrunn** für weibl. Kranke, Goethestraße.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 39 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 137 w., der Abgänge 134 w., darunter Todesfälle 118 w. Zahl der Plätze 43, 3 Verpflegklassen. Leitender Arzt: San.-Rat Dr. *Conrad Krapoll.* 4 Schwestern, 4 Pflegerinnen. Gegründet von Napoleon I. 1804 als Verpflegungsanstalt für arme Wahnsinnige, 1868 den Alexianerbrüdern übergeben, 1875 von der Stadt Aachen gekauft. Außenfürsorge, Familienpflege, Beratungsstelle für psychische und Nervenkranke. Geschlossene Anstalt.

2. Heil- und Pflegeanstalt der **Alexianer**-Genossenschaft für männl. Geisteskranke und Schwachsinnige, Alexianergraben 33.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 135, Zugänge 1927: 87, Abgänge 88, darunter Todesfälle 11. 140 Plätze, 3 Verpflegklassen. Leitender Arzt: Dr. *Philipp Schöbel.* San.-Rat. Dr. *Thelen*, 2. Arzt. 25 Pfleger. Die Alexianerbrüder befassen sich schon seit Jahrhunderten mit der Pflege Geisteskranker, die Anstalt soll im 14. Jahrhundert eröffnet sein.

Absberg (Kreis Mittelfranken, Bayern)

Ottilienheim, Anstalt für geistesschwache Mädchen. Ebst. [1]) **Langlau** (Gunzenhausen-Kleinfeld).

3 Verpflegklassen. 1911: 40 Mädchen. 1910 in einem früheren Deutsch-Ordenschloß eröffnet.

Adlerhütte bei **Wirsberg,** Frankenwald

Nervensanatorium bes. für jugendl. Nervöse. „Sorgenkinder" vom 15.—25. Lebensjahr. Ebst. Neuenmarkt-Wirsberg.

Flächeninhalt 15 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 1 w., im Vorjahr Zahl der Zugänge 30 m., 38 w., Zahl der Abgänge 30 m., 37 w., darunter Todesfälle —. 17 Betten, 1 Verpflegklasse. Besitzer und leitender Arzt: Dr. *Eduard Margerie.* 1 Schwester. Gründungsjahr 1912; offene Anstalt.

[1]) Ebst. = Eisenbahnstation.

Ahrweiler (Rheinprovinz)

Kurhaus Ahrweiler — **Dr. v. Ehrenwallsche Kuranstalt** (Privat). Ebst. Ahrweiler.

Flächeninhalt 110 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928 63 m., 47 w., im Vorjahr Zahl der Zugänge 612 m., 416 w., Zahl der Abgänge 609 m., 429 w., darunter Todesfälle 9 m., 4 w. 180 Plätze, 2 Verpflegklassen. Ärzte: Geh. San.-Rat Dr. *Carl v. Ehrenwall*, Direktor und Besitzer, Dr. *Emil Marx*, stellvertretender Direktor, Oberärzte Dr. *Adolf Sostmann*, Abteilungsärzte: Dr. *Wilhelm Kleine*, Dr. *Richard Sturm*. Pflegepersonal 42. Gründungsjahr 1877, seit 1880 von Dr. *v. Ehrenwall* geleitet. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung — auch für innere Kranke.

Allenberg bei **Wehlau** (Ostpreußen)

Provinzial-Heil- und -Pflegeanstalt, Reg.-Bez. Königsberg. Ebst. Wehlau.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 647 m., 573 w., im Vorjahr Zahl der Zugänge 268 m., 196 w., Zahl der Abgänge 232 m., 149 w., darunter Todesfälle 43 m., 52 w. 1200 Plätze, 2 Verpflegklassen. Ärzte: San.-Rat Dr. *Wilhelm Dubbers*, Direktor, Oberärzte: Dr. *Arthur Titius*, Dr. *Johannes Berg*, Dr. *Robert George*, Dr. *Kurt Hauptmann*, Dr. *Hermann Nobbe*, Anstaltsärzte: Dr. Friedrich Götze, Dr. *Hans Ludwig Praetorius*. Ass.-Arzt: Dr. *Reinhold Bultmann*. 134 Pfleger, 106 Pflegerinnen. Gegründet 1852, seit 1880 landwirtschaftliche Kolonie, seit 1891 Familienpflege (jetzt 95 Kranke), 1910 Einrichtung einer Pflegerkolonie. Außenfürsorge. Geschlossene Anstalt.

Alsbach bei **Darmstadt** (Hessen)

Kurhaus **Schloßberg,** Kreis Bensheim. Ebst. Hähnlein a. d. Bergstraße.

24 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 2 m., 7 w., im Vorjahr Zahl der Zugänge 33 m., 53 w., Zahl der Abgänge 36 m., 56 w., darunter Todesfälle —. 30 Plätze, 1 Verpflegklasse. Leiter und Besitzer Prof. Dr. *Max Wassermeyer*. 1 Pfleger, 2 Schwestern. Gegründet 1901. Offene Anstalt.

Altnau, Kanton Thurgau (Schweiz)

Asyl für Nerven- und Gemütskranke.

7 Plätze. Dr. *Bäumlin*.

Altona (Provinz Schleswig-Holstein)

1. Abteilung für Geisteskranke im **Städtischen** Krankenhaus, Allee 164.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 51 m., 25 w., im Vorjahr Zahl der Zugänge 756 m., 305 w., Zahl der Abgänge 705 m., 280 w., darunter Todes-

fälle 45 m., 49 w. 80 Plätze, 1 Verpflegklasse. Ärzte: Oberarzt Dr. *Walter Cimbal*, Fräulein Dr. *Lichtenstein*. 10 Pfleger, 5 Schwestern, 2 Wärterinnen. Gegründet 1864. Außenfürsorge, Beratungsstelle (jährlich 2000 Fälle). Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

2. **Städtische** Heil- und Pflegeanstalt.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 61 m., 45 w., im Vorjahr Zahl der Zugänge 34 m., 23 w., der Abgänge 30 m., 16 w., darunter Todesfälle 1 m. 111 Plätze, 1 Verpflegklasse. Behandelnder Arzt: Oberarzt Dr. *Walter Cimbal*, Anstaltsleiter Oberinspektor Taap. 1 Schwester, 3 Wärter, 2 Haushelferinnen. Gegründet 1887. Geschlossene Anstalt.

Altscherbitz bei **Schkeuditz** (Prov. Sachsen)

Landes-Heilanstalt. Ebst. Schkeuditz.

304 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 550 m., 724 w., im Vorjahr Zahl der Zugänge 172 m., 189 w., Zahl der Abgänge 111 m., 113 w., darunter Todesfälle 38 m., 71 w. 1350 Plätze, 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor San.-Rat Dr. *Julius Braune*, stellvertr. Direktor San.-Rat Dr. *Hermann Engelken*, Oberärzte: Dr. *Julius Bauer*, Dr. *Fritz Rust*, Dr. *Willi Schwartz*, Dr. *Johannes Hofmann*, Dr. *Karl Schröter*, Assistenzärzte: Dr. *Rudolf Zeiler* und Dr. *Walter Volgenau*. 132 Pfleger und 157 Pflegerinnen. Gegründet 1876. Erster Direktor Prof. Dr. *Köppe*, Nachfolger Geh. San.-Rat Dr. *Paetz*, der 42 Jahre Direktor war und die koloniale Irrenpflege durchführte. Geschlossene Anstalt.

Alzey (Rheinhessen)

Landes-Heil- und -Pflegeanstalt. Ebst. Alzey.

37 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 291 m , 301 w , im Vorjahr Zahl der Zugänge 120 m., 130 w., Zahl der Abgänge 102 m., 121 w., darunter Todesfälle 18 m., 19 w. 600 Plätze, 3 Verpflegungsklassen. Ärzte: Direktor Med.-Rat Dr. *Hans Dietz*, Oberärzte: Med.-Räte Dr. *Hubert Rumpen* und Dr. *Ludwig Amrhein*, Assistenzärzte: Dr. *Adolf Schneider*, Dr. *Ludwig Peters*. 73 Pfleger, 75 Pflegerinnen. Gegründet 1908. Außenfürsorge in Mainz. Geschlossene Anstalt.

Amelsbüren (Westfalen) Haus Kannen

Privat-Heilanstalt für männliche Geisteskranke. Ebst. Mecklenbeck und Hiltrup.

55 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 387 m., im Vorjahr Zahl der Zugänge 45 m., der Abgänge 40 m., darunter Todesfälle 15 m. 400 Plätze, 3 Verpflegklassen. Leitender Arzt: Dr. *Wilhelm Köster*, 2. Arzt Dr. *Paul Wegener*. 50 Alexianerbrüder, 8 weltliche Pfleger. Gegründet 1888. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Andernach (Rheinprovinz)

Prov.-Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Andernach.

12 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 308 m., 378 w., im Vorjahr

Zahl der Zugänge: 172 m., 221 w., der Abgänge 156 m., 174 w., darunter Todesfälle 21 m., 39 w. 650 Plätze, 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor San.-Rat Dr. *Franz Adams*, Oberärzte: Dr. *Joseph Günther*, Dr. *Bernhard Dietrich*, Dr. *Hermann Löw*; Ass.-Arzt: Dr. *Franz Thönissen*, Vol.-Arzt: Dr. *Ernst Kämmerling*. 56 Pfleger, 64 Pflegerinnen. Gegründet 1876. Außenfürsorge, Beratungsstelle. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Ansbach (Bayern)

Mittelfränkische **Kreis**-Heil- und Pflegeanstalt.

100 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 479 m., 551 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 98 m., 117 w., Zahl der Abgänge 80 m., 99 w., darunter Todesfälle 17 m., 29 w. 1013 Plätze, 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. *Carl v. Hösslin*, Oberärzte: Dr. *Georg Hussel*, Dr. *Alfred Heckel*, Anstaltsärzte: Dr. *Hermann Pfannmüller* und Dr. *Wilhelm Einsle*. 109 Pfleger, 115 Pflegerinnen. Gegründet 1899. Außenfürsorge, Beratungsstelle für geistesschwache und psychopathische Kinder.

Aplerbeck (Westfalen)

Prov.-Heil-Anstalt. Ebst. Aplerbeck.

65 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 401 m., 384 w. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Provinzial-Med.-Rat Dr. *Paul Pohlmann*, Prov. Med.-Rat Dr. *Wilhelm Holzer*, Oberärzte: Dr. *Werner Hartwich*, Dr. *Wilhelm Griese*, Dr. *Karl Paasche*. 69 Pfleger, 60 Pflegerinnen. Gegründet 1895.

Arnsdorf (Bez. Dresden)

Staatliche Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Arnsdorf/Sa.

160 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 629 m., 894 w. Im Vorjahre Zahl der Zugänge 343 m., 357 w., Zahl der Abgänge 344 m., 345 w., darunter Todesfälle 72 m., 91 w. 1512 Plätze, 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Oberregierungs-Med.-Rat Dr. *Johannes Schlegel*, Stellvertreter des Direktors: Oberregierungs-Med.-Rat Dr. *Wilhelm Sagel*, Regierungs-Med.-Räte: Dr. *Werner Künzel*, Dr. *Ernst Leonhardt*, Dr. *Reinhard Carrière*, Dr. *Carl Schneider*, Dr. *Esther Walther*, Dr. *John v. Parish*, Dr. *Friedrich Fischer*, Hilfsärzte: Dr. *Erich Brendel*, Dr. *Georg Friedrich*. 89 Pfleger, 11 Wärter; 111 Schwestern und 127 Wärterinnen. (150 Männer befinden sich in Schwesternpflege.) Gegründet 1912. Familienpflege. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen. In Arnsdorf befindet sich auch das zur Ausbildung aller Schwestern für die sächsischen Landesanstalten bestimmte Schwesternhaus (Rektor Pfarrer Wehrmann).

Attl (Oberbayern)

Pflegeanstalt der **barmherzigen Brüder** für Epileptische und Schwachsinnige. Ebst. Wasserburg am Inn.

200 Tagwerk. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 225 m., im Vorjahr Zahl der Zugänge 52 m., Zahl der Abgänge 45 m., darunter Todesfälle 28 m. 230 Plätze, 1 Verpflegklasse. Behandelnder Arzt Dr. *Bauer*. 26 barmherzige Brüder. Gegründet 1874. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Aue bei **Schmalkalden** (Regierungsbezirk Kassel)

Christliche Anstalt für Schwachsinnige.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 66 m., 71 w., im Vorjahr Zahl der Zugänge 6 m., 6 w., Zahl der Abgänge 6 m., 7 w., darunter Todesfälle 1 m., 1 w. 140 Plätze, 2 Verpflegklassen. Arzt: Med.-Rat Dr. *Matzdorff* in Schmalkalden, Hausvater: Gustav Klein, Leiter: Regierungsrat Dieterich in Ludwigsburg. 16 Pflegepersonal. Gegründet 1873. Geschlossene Anstalt. Die Anstalt ist nur für harmlose Schwachsinnige bestimmt, die der Bewahrung und Pflege bedürfen.

Augsburg (Bayern)

Abt. für Geisteskranke usw. im Städt. **Hauptkrankenhaus.**

26 Plätze.

Aulhausen bei **Aßmannshausen** a. Rh. (Provinz Hessen-Nassau)

St. Vincenzstift. Bildungs- und Pflegeanstalt für geistesschwache Kinder. Ebst. Aßmannshausen a. Rh.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 235 m., 137 w., im Vorjahr Zahl der Zugänge 64 m., 27 w., Zahl der Abgänge 42 m., 19 w., darunter Todesfälle 5 m., 3 w. 400 Plätze, 1 Verpflegklasse. Arzt: San.-Rat Dr. *Gustav Hilf*, Direktor *Anton Kaiser*. 60 Pflegepersonal, Gegründet 1893. Außenfürsorge. Geschlossene Anstalt.

Baden-Baden

Sanatorium für Nervenkrankheiten und chronische Intoxikationen (Alkohol, Morphium, Kokain, Nikotin), Markgraf-Bernhardstr. 3.

50 Plätze.

Ballenstedt a. Harz (Anhalt)

Sanatorium Dr. Bunnemann für Nervenkranke. Ebst. Ballenstedt-West.

3½ Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 3 m., 7 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 55 m., 93 w., Zahl der Abgänge 55 m., 94 w., darunter Todesfälle —. 45 Plätze, 1 Verpflegklasse. Leiter und Arzt: San.-Rat Dr. *Bunnemann*, Nervenarzt. 1 Hausschwester. Gegründet 1876. Offene Anstalt.

Bamberg (Bayern, Oberfranken)

Städtische Heil- und Pflegeanstalt **St. Getreu.**

13 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928 102 m., 95 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 47 m., 60 w., Zahl der Abgänge 46 m., 39 w., darunter Todesfälle 7 m., 7 w. 195 Plätze, 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor San.-Rat Dr. *Amandus Bott*, Assistenzarzt Dr. *Max Heidinger*. 36 Pflegepersonal. Gegründet 1805, in welchem Jahre das Probstei-Gebäude des Benediktiner-Klosters Michaelsberg bei der Säcularisation zu einer Irrenanstalt mit 20 Plätzen bestimmt wurde. Im Laufe der Jahre Vergrößerung. 1908 Neubau und durchgreifende Renovation. Geschlossene Anstalt.

Basel (Kanton Baselstadt, Schweiz)

Kantonale Heil- und Pflegeanstalt **Friedmatt, zugleich** psychiatrische Universitätsklinik.

108 Aren. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 157 m., 182 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 197 m., 164 w., Zahl der Abgänge 203 m., 167 w., darunter Todesfälle 23 m., 19 w. 375 Plätze, 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Prof. Dr. *Ernst Rüdin*, Sekundärarzt Dr. *Georg Stutz*, erster Assistenzarzt Dr. *Kalev Kirschbaum*, Assistenzärzte: Dr. *Paul Würz*, Dr. *Heinrich Walker*. Dr. *Otto Riggenbach*, Volontärin Dr. *Adele Juda*, wissenschaftlicher Assistent: Dr. *Hans Luxenburger*. 37 Pfleger, 71 Pflegerinnen. Gegründet 1886. Familienpflege, Beratungsstelle in psychiatrischer Poliklinik. Geschlossene Anstalt mit 6 offenen Abteilungen. Die Anstalt untersteht einer fünfgliederigen Aufsichtskommission unter der Leitung des Sanitätsdepartements. Das Personal arbeitet abwechslungsweise in Frühdienst, Spätdienst und Nachtwache.

Bayreuth (Oberfranken, Bayern)

1. Oberfränkische Kreis-Heil- und Pflegeanstalt **Bayreuth.**

106 Tagwerk. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 235 m., 257 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 76 m., 69 w., Zahl der Abgänge 83 m., 58 w., darunter Todesfälle 19 m., 21 w. 550 Plätze, 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Obermedizinal-Rat Dr. *Josef Hock*, Oberarzt Dr. *Hans Küffner*, Anstaltsärzte: Dr. *Felix Stemplinger* und Dr. *Hans Trunk*. 44 Pfleger, 49 Pflegerinnen. Gegründet 1870. Außenfürsorge, Beratungsstellen in Hof und Bayreuth. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen.

2. **Dr. Würzburgers Kuranstalten** in Bayreuth.

a) Kurhaus **Mainschloß** (offene Anstalt).

b) Sanatorium **Herzoghöhe** (geschlossene Anstalt mit offener Abteilung).

25 Tagwerk. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 20 m., 35 w., im Vorjahr Zahl der Zugänge 72 m., 102 w., Zahl der Abgänge 80 m., 96 w., darunter Todesfälle 3 m., 7 w. 124 Plätze, 1 Verpflegklasse. Ärzte: Geh.

San.-Rat Dr. *Albert Würzburger*, Besitzer und Leiter, Dr. *Otto Würzburger*, Dr. *Bernhard Beyer* und Frl. Dr. *Frieda Conrad*. 36 Pfleger und Pflegerinnen. Gegründet 1861 von Dr. *Simon Würzburger*, Sanatorium Herzoghöhe 1894 neu erbaut, Kurhaus Mainschloß 1907 neu erbaut.

3. Psychiatrische Abteilung der Gefangenenanstalt **St. Georgen.**

Bedburg-Hau (Kreis Cleve-Rheinprovinz)

Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Bedburg-Hau.

216 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 1221 m., 1248 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 558 m., 428 w., Zahl der Abgänge 532 m., 374 w., darunter Todesfälle 113 m., 117 w. 2600 Plätze, 1 Verpflegklasse. Ärzte: Direktor San.-Rat Dr. *Gustav Flügge*, Oberärzte: stellvertr. Dir. Dr. *Max Raether*, Dr. Friedrich *Witte* (Prosektor), Dr. *Erich Kellner*, Dr. *Gotthard Werner*, Dr. *Heinrich Stahl*, Dr. *Heinrich Dannehl*, Dr. *Walter Tödter*, Anst. Arzt Dr. *Philipp Bach*, Assistenzärzte Dr. *Heinrich Schnitzler*, Dr. *Leonard Winkel*. 346 Pflegepersonal. Gegründet 1911.

Belgard a. d. Persante (Provinz Pommern)

Maria-Martha-Haus für alkoholkranke Frauen.

Am 1. 1. 28: 38 Kranke, Zugänge 1927: 9, Abgänge 8, 1 Todesfall. Arzt: Dr. *Kleikamp*. 30—40 Plätze. 2 Verpflegkl. Geschlossene Anstalt, gegründet 1911. 1 Diakonisse, 4 Hilfen.

Bellelay (Berner Jura, Kanton Bern, Schweiz)

Kantonale Irrenanstalt, Bahnstation Tervannes.

220 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 142 m., 192 w., Zugänge im Jahre 1927: 20 m., 17 w., Abgänge 1927: 20 m., 17 w., darunter Todesfälle 4 m., 13 w. Ärzte: Direktor und 1. Arzt: Dr. *Hans Knoll*, 2. Arzt Dr. *Jean Voirol*. 16 Pfleger, 24 Pflegerinnen, 1 Verpflegklasse. Geschlossene Anstalt, in vereinzelten Fällen Außenfürsorge und Familienpflege. Gegründet 1899 in einem alten Prämonstratenser Kloster, welches im Jahre 1136 gebaut worden ist.

Bellevaux (Kanton Waadt, Schweiz)

Asyl **Betheda** für Trinkerinnen.

20 Plätze. Gegründet 1899.

Bergquell-Frauendorf bei **Stettin** (Provinz Pommern)

Privat-Heil- und Pflegeanstalt für Gemüts- und Nervenkranke.

7,6 ha. 1911: 70 Plätze. Dir. Arzt u. Bes.: Dr. *Max Niesel*. 23 Pflegepersonal.

Berlin

1. Psychiatrische und Nervenklinik der Universität Berlin, Charité, Schumannstraße 20/21.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 112 m., 106 w., im Jahre 1927 Zahl der Zugânge 1177 m., 876 w., Zahl der Abgänge 1203 m., 884 w., darunter Todesfälle 56 m., 53 w. 154 Plätze für die Psychiatrische Klinik, 56 Plätze für die Nervenklinik, 3 Verpflegungsklassen. Ärzte: Direktor: Dr. med. *Karl Bonhoeffer*, Geh. Medizinalrat und o. Universitätsprofessor; Oberärzte: Prof. Dr. *Franz Kramer*, Prof. Dr. *Hans-Gerhard Creuzfeldt*; Assistenzärzte: Privatdozent Dr. *Rudolf Thiele*, Dr. *Kurt Pohlisch*, Dr. *Curt Albrecht*; 1 Militärarzt: Reichswehrstabsarzt Dr. *Richard Luz*; 9 außerplanmäßige Assistenzärzte: Dr. *Arno Kipp*, Dr. *Heinrich Schulte*, Dr. *Paul Joßmann*, Dr. *Georg Zutt*, Dr. *Walter Betzendahl*, Dr. *Christel Roggenbau*, Dr. *Erich Kraft*, Dr. *Hanns Schwarz* und Dr. *Edith Vowinckel*. 100 Pflegepersonal. Gegründet als besondere Klinik 1865. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Beobachtungsstation für psychopathische Kinder. Poliklinik für psychische und Nervenkranke, aufgesucht im Jahre 1927 von 3638 m. und 2040 w.

2. **Berlin-Buch,** Städtische Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Buch.

56 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 1015 m., 1040 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 1483 m., 526 w., Zahl der Abgänge 1488 m., 536 w., darunter Todesfälle 74 m., 132 w. 2264 Plätze, 1 Verpflegklasse. Ärzte: Direktor San.-Rat Dr. *Richard Werner*; Dirigierende Ärzte: Dr. *Paul Matthies* und Prof. Dr. *Hans Seelert*; Oberärzte: Dr. *Waldemar Eicke*, Dr. *Georg Adam*, Dr. *Georg Franke*, Dr. *Ludwig Draeck*, Dr. *Ernst Wagenknecht*, Dr. *Bonaventura Scherwinzky*, Dr. *Eugen Wauschkuhn*, Dr. *Walter Schönebeck*, Dr. *Gertrud v. Bomhard* geb. *Wohlers*, Dr. *Berthold Ostertag*, Oberarzt u. Prosektor; Assistenzärzte: Dr. *Walter Haase*, Dr. *Arno Warstadt*, Dr. *Ellen Heinrizi*, Dr. *Otto Einstein*; Hilfsärzte: Dr. *Heinrich Peters*, Dr. *Georg Stoermann*. 573 Pflegepersonal. Gegründet 1906. 1910 wurde ein neuer Bau des Verwahrungshauses für kriminelle Geisteskranke eröffnet. Familienpflege. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen.

3. Städtische Heil- und Pflegeanstalt **Herzberge** in Berlin-Lichtenberg, Herzbergstr. 79. Ebst. Berlin-Lichtenberg-Friedrichsfelde.

86 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 676 m., 803 w., im Vorjahr Zahl der Zugänge 1597 m., 831 w., Zahl der Abgänge 1561 m., 790 w., darunter Todesfälle 145 m., 191 w. 1606 Plätze, 1 Verpflegklasse. Ärzte: Direktor San.-Rat Dr. *Wilhelm Falkenberg*,; Dirigierender Arzt: San.-Rat Dr. *Klipstein*; Oberärzte: Dr. *Franz Schmidt*, Dr. *Paul Seelig*, Prof. Dr. *Karl Birnbaum*, Dr. *Harry Marcuse*, Dr. *Fritz Salinger*, Dr. *Kurt Hasse*, Dr. *Erwin Hagedorn*, Dr. *Paul Sünner*, Assistenzärzte: Dr. *Walter Gerson*, Dr. *Franz Kallmann*, Dr. *Ludwig Fries*; Hilfsärzte: Dr. *Rudolf Fürst*, Dr. *Walter Hoppe*. 386 Pflegepersonal. Gegründet 1893,

von da bis 1914 unter Professor Dr. *Moeli*, von 1914 bis 1920 unter Leitung von Prof. Dr. *Liepmann*. Außenfürsorge, Familienpflege, Beirat für Nerven- u. Gemütskranke. Geschlossene Anstalt.

4. **Wittenauer Heilstätten,** städtische Anstalt — Magistrat der Stadt Berlin.

Zur Aufnahme gelangen: Geisteskranke, Schwachsinnige, Seelischabnorme, Rauschgiftsüchtige, Nervöse pp. 63 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 793 m., 814 w., im Vorjahr Zahl der Zugänge in d. Irrenanstalt 1344 m., 1183 w., im Vorjahre Zahl der Abgänge 1381 m., 1100 w., Todesfälle 187 m., 186 w.. 1600 Plätze, 1 Verpflegklasse. Zahl der Zöglinge des Erziehungsheims der Wittenauer Heilstätten am 1. 1. 1928: 112 m., 63 w., Zahl der Zugänge im Vorjahre 29 m., 32 w., Zahl der Abgänge im Vorjahre 32 m., 29 w., Todesfälle — m., — w., 180 Plätze. In vorstehenden Zahlen ist die Nervenklinik Wiesengrund mit ca. 400 Aufnahmen (60 Plätze) nicht mit enthalten. Ärzte: Direktor San.-Rat Dr. *Emil Bratz*, Dirigierender Arzt: San.-Rat Dr. *Friedrich Reich*; Dirigierender Arzt i. V.: Oberarzt Dr. *Kurt Hildebrandt*; Oberärzte: Dr. *Ferdinand van Vleuten*, Dr. *Hugo Krahmer*, Dr. *Paul Bernhardt*, Dr. *Otto Schulze*, Dr. *Gustav Blume*, Dr. *Leopold Schayer*, Dr. *Siegfried Heine*, Dr. *Max Margulies*; Assistenzärzte: Dr. *Friedrich Panse*, Dr. *Heinrich Klare*, Dr. *Fritz Balluff*, Dr. *Wilhelm Bender*; Hilfsärzte: Dr. *Ernst Sturm*, Dr. *Martin Killmann*. 465 Pflegepersonal. Dalldorf gegründet 1879, neu hinzugebaut wurden 1881 eine Idiotenanstalt, das jetzige Erziehungsheim der Wittenauer Heilstätten, 1895 eine Baracke für Infektionskranke. 1926 wurden die beiden Koloniehäuser zu einer Nervenklinik umgebaut, die unter dem Namen Nervenklinik Wiesengrund mit 60 Plätzen im Oktober 1926 eröffnet wurde. 1927 wurde ein Haus der Irrenanstalt zu einem Abstinenzsanatorium für Alkoholkranke, Morphinisten, Kokaïnisten und Psychopathen umgebaut.

5. Städtische Heil- und Pflegeanstalt (für Epileptische) **Wuhlgarten,** Berlin-Biesdorf (Stadtbahn, Vorortverkehr).

96 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 570 m., 575 w., im Vorjahr Zahl der Zugänge 546 m., 456 w., Zahl der Abgänge 583 m., 314 w, darunter Todesfälle 37 m., 23 w. 1560 Plätze, 1 Verpflegeklasse. Ärzte: Direktor San.-Rat Dr. *Emil Heinze*, Dirigierender Arzt: San.-Rat Dr. *Hermann Schmidt*; Oberärzte: Dr. *Friedrich Welzel*, Dr. *Karl Hempel*, Dr. *Karl Kurtz*, Dr. *Berndt Götz*; Assistenzärzte: Dr. *Werner Pleger*, Dr. *Wilhelm Wille*, Dr. *Martha Perl*; Hilfsarzt: Dr. *Anne-Marie Brahn*. 321 Pflegepersonal. 1893 gegründet. Familienpflege. Geschlossene Anstalt. 1927 wurde ein Haus für 25 weibl. psychopathische Fürsorgepfleglinge eröffnet. Ferner wurde eine Abteilung für 75 geisteskranke Frauen und eine solche für 200 männl. Hospitaliten angegliedert.

6. Irrenbeobachtungsabteilung des Zellengefängnisses **Berlin-Moabit** für Geisteskranke.

0,45 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 47 m., im Vorjahr Zahl der Zugänge 148 m., Zahl der Abgänge 152 m., darunter Todesfälle —. 55 Plätze, 2 Verpflegklassen. Ärzte: San.-Rat Dr. *Friedrich Lepp-*

mann und Dr. *Ernst Flörsheim*; Direktor *Bruno Reißner*. 16 Wachtmeister. Gegründet 1887. Geschlossene Anstalt.

7. Sanatorium für Nervenkranke und Erholungsbedürftige in **Berlin-Lichterfelde-Ost,** Jungfernstieg 14.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 12 m., 26 w. 38 Plätze, 1 Verpflegklasse. Leitender Arzt: San.-Rat Dr. *Carl Oestreicher*, 1 Hausarzt, 1 Nervenarzt. Besitzerin verw. Geh. San.-Rat Goldstein geb. Oestreicher. Pflegepersonal nach Bedarf. Gegründet 1889 von Dr. *Goldstein* und Dr. *Lilienfeld*. Neubau 1900. Offene Anstalt.

8. **Berlin-Lankwitz,** Viktoriastr 60.

Dr. *Fraenkel-Oliven*'s Sanatorium **„Berolinum"** für Gemüts- und Geisteskranke (funktionelle und organische), **auch** Nervenleidende (freiwillige Pensionäre) Ebst. **Lankwitz.**

5 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 33 m., 54 w., Zugänge im Vorjahr (1927) 116 m., 130 w., Abgänge im Vorjahr (1927) 110 m., 120 w., darunter Todesfälle 24 m., 10 w. 95 Plätze, 1 Verpflegklasse. Leitender Arzt: San.-Rat Dr. *James Fraenkel*; Assistenzärzte: Dr. *Felix Rössel*, Dr. *Paul Manthey*, Dr. *Fritz Wülfingen*. 5 Pfleger, 13 Pflegerinnen, Schwestern nach Bedarf. Gegründet am 1. Januar 1890. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilung.

9. **Neurobiologisches Institut der Universität** und Kaiser Wilhelm-**Institut für Hirnforschung** in **Berlin** W 35, Magdeburger Str. 16.

Am 15. V. 1898 gründete Oskar Vogt in Berlin eine „Neurologische Zentralstation". Diese Gründung ging von folgenden Ideen aus: Die Vertiefung der Anatomie und Physiologie des Gehirns sei eine der wichtigsten Aufgaben des neuen Jahrhunderts. Sie sei aber so schwierig, daß sie neben einer besonderen technischen Organisation die ganze Kraft einer Reihe von Forschern in Anspruch nehmen müsse. Sie könne deshalb nicht im Rahmen der bestehenden Universitäts-Lehrinstitute durchgeführt werden, sondern erfordere besondere Forschungsinstitute. Ein solches wollte Oskar Vogt durch seine Gründung schaffen. 1902 wurde dieses Institut in das „Neurobiologische Laboratorium der Universität Berlin" umgewandelt. Es behielt dabei den Charakter eines reinen Forschungs-Institutes. 1915 wurde dann das Kaiser Wilhelm-Institut für Hirnforschung gegründet. Es wurde räumlich mit dem neurobiologischen Institut verbunden und auch der gleichen Leitung unterstellt.

Zurzeit besitzen die beiden Institute eine allgemein-anatomische, eine vergleichend-architektonische, eine histologische und eine genetische Abteilung.

Es arbeiten in den genannten Instituten zurzeit, außer dem Direktor Professor *Oskar Vogt*, die wissenschaftlichen Mitglieder Dr. *Cécile Vogt*, Prof. *Max Bielschowsky* und Dr. *Maximilian Rose*. Als Assistenten sind Dr. *Stella Rose*, Dr. *Nikolaus Timoféeff-Ressowsky*, Dr. *Helene Timoféeff-Ressowsky*, Dr. *Sergius Zarapkin* und Dr. *Marthe Vogt* beschäftigt.

Im Herbst 1929 werden die Institute in Buch bei Berlin ein eigenes Gebäude erhalten und damit noch um einige andere Abteilungen — speziell eine klinische — erweitert werden. Das Bestreben nach einer wesentlichen Erweiterung des Programms wird dadurch realisiert.

Bern (Schweiz)

Städtische Irrenstation **Holligen,** Beobachtungsstation für Geisteskranke.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 14 m., 56 w. 72 Plätze, 2 Verpflegklassen. Spitalarzt: Dr. *G. Schärer.* 2 Pfleger, 4—5 Pflegerinnen. Offene Anstalt.

Bernau, Provinz Brandenburg

Dr. Wieners Privatheilanstalt für Nerven- und Gemütskranke. Ebst. Bernau (Berlin-Stettin). Besitzer u. leit. Arzt Dr. Alois Wieners. 1. Abteilung für freiwillig Eintretende; für Morphium- u. Alkoholkranke. Arzt Dr. Johannes Heinrich. 2. Dr. Wieners Waldsanatorium für Nervöse aller Art. Arzt Oberstabsarzt Dr. Rest.

55 Morgen. 85 Plätze. 22 Pflegepersonen. Gegründet 1890. Erweitert und renoviert 1925. Geschlossene Anstalt und offene Abteilung für freiwillig Eintretende (Waldsanatorium).

Bernburg, Freistaat Anhalt

1. **Landes**-Heil- und Pflege-Anstalt, Bahnstation Bernburg.

57 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 208 m., 196 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 113 m., 95 w., Zahl der Abgänge 110 m., 82 w., darunter Todesfälle 22 m., 19 w. 420 Plätze, 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Professor Dr. *Gustav Heyse*, Oberarzt Dr. *Heinz Görich*, Anstaltsärzte: Dr. *Fritz Pfeiffer*, Dr. *Erich Scriba.* 85 Pfleger und Pflegerinnen, 12 Diakonissen. Gegründet 1875. Geschlossene Anstalt.

2. Erholungsheim für Nerven- und Gemütskranke (besonderer Teil der Landes-Heil- und Pflegeanstalt.)

Zahl der Kranken am 1. 4. 1928: 5 m., 5 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 35 m., 39 w., Zahl der Abgänge 32 m., 50 w., darunter Todesfälle —. 28 Plätze, Verpflegung einheitlich, Zimmer mit 1—4 Betten. 1 Pfleger, 2 Schwestern. Gegründet 1924.

Bethel bei **Bielefeld** (Westfalen)

von Bodelschwinghsche Anstalten. Anstalt der inneren Mission, Ebst. Bielefeld.

Leiter der Gesamtanstalten: Pastor *F. v. Bodelschwingh*; Präses des Vorstandes Fabrikant Wolf in Gütersloh; Ärzte: San.-Rat Dr. *Karl Blümcke*, leitender Arzt; Oberärzte: San.-Rat Dr. *Ernst Winckler*, Dr. *Fried-*

rich Jungklaus, Dr. *Karl Volland*, Dr. *Arnold Dickel*, Dr. *Karl Hebel*, Dr. *Friedrich Welck*, Dr. *Rudolf Böckh*, Dr. *Wilhelm Philipps*; Dr. *Fritz Knöppler*, Dr. *Hans Geschke*; Anstaltsarzt: Dr. *Freise*; Assistenzärzte: Dr. *Biehlmayer*; Spezialärzte: Dr. *Gravemann*, Nasen- und Ohrenarzt, Dr. *Kühn*, Augenarzt, Dr. *Mosberg*, Orthopäd., Dr. *Kuhlo*, Zahnarzt.

A. Anstalt für Epileptische **Bethel**:

220 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 1110 m., 927 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 282 m., 160 w., Zahl der Abgänge 297 m., 156 w., darunter Todesfälle 42 m., 32 w. 2235 Plätze, 3 Verpflegklassen. 333 Brüder und Schwestern. Gegründet 1867.

Zu der Anstalt Bethel gehören:

1. **Morija,** Heil- und Pflegeanstalt für männl. Geisteskranke. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 113, im Vorjahre Zahl der Zugänge 104, Zahl der Abgänge 95, darunter Todesfälle 9. 2,5 ha., 132 Plätze, 2 Verpflegklassen. 27 Brüder. Gegründet 1893.

2. Anstalt **Mahanaim,** Heil- und Pflegeanstalt für weibl. Geisteskranke.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 85, im Vorjahr Zahl der Zugänge 27, Zahl der Abgänge 28, darunter Todesfälle 5. 7 ar, 88 Plätze, 1 Verpflegklasse. 15 Diakonissinnen. Gegründet 1898. Geschlossene Anstalt.

3. Anstalt **Jericho,** Heil- und Pflegeanstalt für männl. Geisteskranke in der Zweiganstalt von Bethel „Eckardtsheim", Bez. Minden in Westfalen. Ebst. Kracks (Bielefeld-Paderborn).

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 80, im Vorjahre Zahl der Zugänge 45, Zahl der Abgänge 37, darunter Todesfälle 7. 2 ha., 80 Plätze, 1 Verpflegklasse. 13 Diakonen. Gegründet 1898. Geschlossene Anstalt.

Außerdem befinden sich in Eckardtsheim: eine Arbeiterkolonie, die Trinkerheilstätte „Thekoa", die Häuser Heidegrund und Fichtenhof für Fürsorgezöglinge, ein Psychopathenheim und die Häuser „Friedrichshütte" und „Eichhof" für Schwachsinnige.

4. Anstalt **„Freistatt"** bei Varrel in Hannover mit Häusern für Psychopathen und Fürsorgezöglinge.

B. Das Diakonissenmutterhaus **„Sarepta"**, mit 1800 Schwestern, welches die Pflegekräfte für die Gesamtanstalt stellt. Zu diesem gehört: **Bethesda,** Heilanstalt für weibl. Geistes- und Nervenkranke.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 177 w., im Vorjahr Zahl der Zugänge 59 w., Zahl der Abgänge 70 w., darunter Todesfälle 6 w.; Ärztliche Leitung: Dr. *Johannes Hobohm* Oberarzt; Assistenzart: Dr. *Wilhelm Roos.* 31 Schwestern. 3 ha, 196 Plätze, 2 Verpflegklassen (I u. II). Gegründet 1886. Offene Anstalt mit kleinerer geschlossener Abteilung.

C. Das Brüderhaus **„Nazareth"** mit 520 Diakonen stellt die männlichen Pflegekräfte für die Gesamtanstalt.

Es unterhält das Krankenhaus „Gute Hoffnung" in Eckardtsheim und ein Haus für tuberkulöse Fürsorgezöglinge „Tannenwald" in Eckardtsheim.

Beuthen, Oberschlesien

Privat-Anstalt, **Hubertusstift.**

Biedermannsdorf (Deutsch-Österreich)

„Stephanie-Stiftung" Biedermannsdorf, Bildungsanstalt für geistig zurückgebliebene Kinder. Ebst. Biedermannsdorf, Niederösterreich, Regierungsbezirk Mödling.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 142 m., 68 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 21 m., 15 w., Zahl der Abgänge 21 m., 15 w., darunter Todesfälle 1 m., 1 w. Direktor Franz Viehmann, Anstaltsarzt Dr. *Sebastian Strommer*, Reg.-Rat Prim. Dr. *Wolfgang Wieser*, Röntgenologe, Reg.-Rat Doz. Dr. *Erwin Lazar*, Psychiater, als fachliche Berater. 210 Betten, 2 Verpflegungsklassen. 10 Lehrerinnen, 6 Werkmeister, 13 Wärterinnen. Gegründet 1883. Offene Anstalt. Eigentum eines Vereins. Mit der Anstalt sind 1 fünfklassige Hilfsschule, 1 Arbeitsschule und die gebräuchlichsten Handwerkerstätten verbunden.

Schloß **Biberstein,** Kanton Aargau (Schweiz)

Vereinsanstalt für Schwachsinnige (bildungsfähige) Kinder.

Leitender Arzt Dr. *Conrad Frey* in Aargau. 7 Pflegepersonal. 60 Plätze, 1,1 ha. Eröffnet 1889.

Blankenburg am Harz, Braunschweig

1. **Sanatorium Eyselein.**

Offene Nervenheilanstalt.

2. Sanatorium Dr. **Strünckmann.**

Kuranstalt für physikalisch-diätetische Heilweise u. Psychotherapie.

7 Morgen. Zahl der Zugänge im Jahre 1927: 160 m., 295 w., Zahl der Abgänge 160 m., 295 w., darunter Todesfälle —. 60 Betten, 1 Verpflegklasse. Chefarzt: Dr. med. *Karl Strünckmann*, Betriebsdirektor Ewald Rohlmann. 1 Schwester, 1 Bademeister, 2 Bademeisterinnen. Offene Anstalt. Wiedereröffnet seit 1. März 1926.

Kloster **Blankenburg** in Oldenburg

Bewahr- und Pflegeanstalt.

125 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 100 m., 100 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 8 m., 4 w., Zahl der Abgänge 17 m., 10 w., darunter Todesfälle 11 m., 6 w. Arzt: Landesarzt Obermedizinalrat Dr. *Schlaeger*. Direktor: Regierungsbaumeister a. D. Karl zur Loye. 216 Plätze. 10 Pfle-

ger, 10 Pflegerinnen. Gegründet 1294 als Nonnenkloster, nach dem 30jährigen Kriege Armenhaus, aus dem sich allmählich die Pflegeanstalt für Sieche, Epileptiker und und unheilbare Geisteskranke entwickelte. Geschlossene Anstalt.

Bad Blankenburg (Thüringer Wald)

Villa Emilia, Privat-Heilanstalt für Nervenkranke.

7 ha. Ärzte: San-.Rat Dr. *Wolfgang Warda*, leitender Arzt und Besitzer, Geh. San.-Rat Dr. *Ernst Meyer*. 60 Plätze, 1 Verpflegklasse. Gegründet 1869.

Blankenhain, Thüringen

Thüringische **Landes**-Irrenheilanstalt. Ebst. **Blankenhain** i. Thür.

4 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 228 m., 263 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 42 m., 45 w., Zahl der Abgänge 41 m., 44 w., darunter Todesfälle 11 m., 11 w. 530 Plätze, 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Obermedizinalrat Dr. *Hans Hellbach*, Oberarzt Med.-Rat Dr. *Hermann Brünger*, Abteilungsärzte: Dr. *Friedrich Michel* und Dr. *Johannes Gericke*. 135 Pfleger und Pflegerinnen. Eröffnet 1840 in Kapellendorf bei Jena als Asyl für gebrechliche und geistesschwache Personen, 1854 nach Blankenhain verlegt, später mehrfach erweitert. .Geschlossene Anstalt. Landwirtschaftliche Kolonie.

Bois de Cery bei **Prilly,** Kanton Waadt (Schweiz)

Anstalt für Geisteskranke. Asile cantonal et Clinique psychiatrique del' Université de Lausanne. Ebst. Prilly bei Lausanne.

Zahl der Kranken am 1. Januar 1928: 280 m., 283 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 229 m., 220 w., Zahl der Abgänge 228 m., 211 w., darunter Todesfälle i. Sa. 82. 589 Plätze, 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Prof. Dr. *Henri Preisig*, Vizedirektor Dozent Dr. *Hans Steck*, 3. Arzt: *Josef Guillerey*, Internes: *Louis Bossard* und *Ernest Raoul*. 55 Pfleger, 50 Pflegerinnen. 97 Kranke in Familienpflege. Psychiatrische Poliklinik in Lausanne. Geschlossene Anstalt. Unter Leitung von Bois de Cery steht Asile de la Rosière, Gimel, eine geschlossene Anstalt mit einer Verpflegklasse, 9 Wärtern und 7 Wärterinnen; eröffnet 1921. Arzt: Dr. *Charles Müller*.

Bonn, Rheinprovinz

1. Universitätsklinik für psychisch und Nervenkranke.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 23 m., 18 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 1102 m., 290 w., Todesfälle 8 m., 3 w. 62 Plätze, 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Geh. Med.-Rat Prof. Dr. *A. Westphal*, Oberarzt Prof. Dr. *Arthur Hübner*, 1. Assistenzarzt Privatdozent Dr. *Alfred Meyer*,

2. Assistenzarzt Dr. *Egon Diener*, 4 Volontärärzte. 3 Pfleger, 3 Pflegerinnen. Gegründet 1908. Poliklinik für psychisch und Nervenkranke, jährlich ca. 1700 Fälle. Die durch Personalunion mit der Provinzialheilanstalt vereinte Klinik hat gesonderte Verwaltung und ist Staatsinstitut.

2. **Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt.**

8 ha Eigenland, 35 ha Pachtland. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 458 m., 486 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 764 m., 680 w., Zahl der Abgänge 740 m., 648 w., darunter Todesfälle 107 m., 102 w. 940 Plätze, 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Geh. Med.-Rat Prof. Dr. *Alex Westphal*, stellvertretender Direktor San.-Rat Dr. *Friedrich Schaumburg*, Oberärzte: Dr. *Josef Geller*, Dr. *Arthur Trapet*, Dr. *Johann Recktenwald*, Dr. *Fritz Köster*, und Oberarzt Prof. Dr. *Otto Loewenstein*, Leiter der Kinderanstalt für seelisch Abnorme, Anstaltsarzt Dr. *Heinrich Schäfgen*, Assistenzärzte Dr. *Ernst Störring*, Dr. *Arno Offermann*, Dr. *August Schröder*; Vol. Arzt Dr. *Richard Johnen*. 90 Pfleger, 89 Pflegerinnen. Eröffnet 1882. Beratungsstelle für psychisch und Nervenkranke (Oberarzt Dr. *Johann Recktenwald*). Außenfürsorge und Familienpflege. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen.

3. **Rheinische Provinzial-Kinderanstalt für seelisch Abnorme** in Bonn.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 38 m., 37 w. Vom 1. 1. 1927 bis 31. 12. 1927 Zahl der Zugänge 247 m. und 164 w., Zahl der Abgänge 264 m., 185 w., darunter Todesfälle 5.m, 3 w. 75 Plätze, 2 Verpflegklassen. Ärzte: Prof. Dr. med. *Otto Löwenstein*, leitender Arzt; Anstaltsarzt Dr. *Georg Schwab*; Assistenzarzt Dr. *Maria Breuer*; Psychologinnen Dr. phil. *Else Neber* und Dr. phil. *Maria Brühl*. 14 Ordensschwestern. Außenfürsorge, Familienpflege, ambulante Beratungsstelle für psychisch-abnorme und nervöse Kinder. Die Anstalt ist eine Klinik, in der psychisch- und nervenkranke Kinder auf Zeit untergebracht, untersucht, beobachtet sowie ärztlich und heilpädagogisch behandelt werden.

4. **Dr. Hertzsche Kuranstalt** Bonn.

2 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 27 m., 52 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 116 m., 130 w., Zahl der Abgänge 121 m., 136 w., darunter Todesfälle 8 m., 9 w. 100 Plätze, 2 Verpflegklassen. Leitende Ärzte: San.-Rat Dr. *A. Wilhelmy*, Prof. Dr. *H. König*, Oberarzt: Dr. *W. Vagetes*; Assistenzarzt Dr. *G. Lewenstein*. 3 Schwestern, 8 Pfleger, 34 Pflegerinnen. Eröffnet 1849 unter Geh. San.-Rat Dr. *Hertz*. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

5. **Sanatorium** für Nerven- und Gemütskranke, Bonn am Rhein von **Dr. Peipers** in Bonn. Bonner Talweg 57 u. 63.

5½ Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 5 m., 7 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 18 m., 19 w., Zahl der Abgänge 19 m., 14 w., darunter Todesfälle —. 20 Plätze, 2 Verpflegklassen. Besitzer und leitender Arzt: San.-Rat Dr. *Alfred Peipers*. 1 Pfleger, 2 Schwestern, 4 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Entziehungskuren.

6. San.-Rat **Dr. Schmitz Heilanstalt** für Nervenkranke. Morphium- und Alkoholentwöhnung. Bonn, Lennéstr. 24.

7. **Heimstätte für weibliche Alkoholkranke** (Lungstras'sche Stiftung), Bonn, Weberstr. 110, 111.

Arzt: Priv.-Dozent Dr. *Cramer.*

Borsdorf bei Leipzig

Anstalten des Vereins für innere Mission **„Villa Elisabeth"** und **„Frauenheim"**, Heilstätte für Trinkerinnen (Morphiumsüchtige usw.).

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 16 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 10 w., Zahl der Abgänge 7 w., darunter Todesfälle —. 15 Plätze in Villa Elisabeth, beliebig viel Plätze im Frauenheim, 2 gesonderte Abteilungen. Prof. Carl Richter, Direktor, Anstaltsarzt Dr. *Max Schmidt.* Zurzeit 3 Schwestern. Gegründet 1899. Geschlossene Anstalt.

Branitz (Kreis Leobschütz, Oberschlesien)

Heil- und Pflegeanstalt **St. Marienstift** für Geisteskranke, Epileptiker, Schwachsinnige.

10 ha. 1100 Plätze. Am 1. 1. 1928: 1050 Kranke. Zugänge 1927: 105 m., 114 w., Abgänge 101 m., 119 w., darunter Todesfälle 27 m., 37 w. Ärzte: Chefarzt Dr. *Oskar Anders*, I. Oberarzt Dr. *Franz Wosnik*; II. Oberarzt Dr. *Martin Lazarus*; Abt.-Ärzte: Dr. *Richard Klose*, Dr. *Hubert Skezipezyk.* Eröffnet 1904, 82 Ordensschwestern vom St. Marienstift in Breslau, 35 Pfleger, 60 Hilfspflegerinnen. Geschlossene Anstalt.

Braunschweig, Braunschweig

Städtisches Krankenhaus, Braunschweig, Abteilung für Geisteskranke.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 9 m., 8 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 255 m., 165 w., Zahl der Abgänge 246 m., 157 w., darunter Todesfälle 17 m., 17 w. 18—24 Plätze, 1 Verpflegklasse. Ärzte: Leitender Arzt San.-Rat Dr. *Robert Müller*, Assistenzarzt Dr. *Heidingsfelder.* 5 Pflegepersonal. Eröffnet 1910. Geschlossene Abteilung eines allgemeinen Krankenhauses.

Brauweiler, Landkreis Köln, Rheinprovinz

Bewahrhaus für männliche Geisteskranke im Anschluß an die Provinzial-Arbeitsanstalt.

1911: 63 m. Arzt: Dr. *Bodet.*

Breitenau, Kanton Schaffhausen, Schweiz

Kantonale Irrenanstalt in Schaffhausen. Ebst. Schaffhausen.

12 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 117 m., 135 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 45 m., 51 w., Zahl der Abgänge 51 m., 58 w., darunter Todesfälle 9 m., 16 w. 250 Plätze, 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. med. *Hans Bertschinger*; Sekundärarzt Dr. *Ernst Sauerbeck*, 1 Volontärarzt. 22 Wärter, 26 Wärterinnen. Gegründet 1892. Familienpflege, Beratungsstelle in Kinderstation Neubrunn (Schaffhausen). Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Freie Hansastadt **Bremen**

1. **Bremische staatliche Heil- und Pflegeanstalt.** Ebst. Sibaldsbrück (Bremen-Hannover) oder Oberneuland (Bremen-Hamburg) oder Bremen.

72 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 364 m., 329 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 433 m., 313 w., Zahl der Abgänge 348 m., 241 w., darunter Todesfälle 36 m., 58 w. 780 Plätze, 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Prof. Dr. med. *Friedrich Karl Walter*; Oberarzt Dr. *Otto Rehm*; Anstaltsarzt Dr. *Fritz Kraus*; Assistenzärzte: Dr. *Rudolf Gildemeister*, Dr. *Paul Krauß*. 61 Schwestern, 80 Pfleger. Erbaut 1900 bis 1904 als agrikulte Anstalt im Pavillonstil für 322 Kranke, 1907—1911 durch umfangreiche Neubauten und 1914 durch eine offene Villa erweitert. Seit Juli 1905 ist die ärztliche Aufsicht über die seit 1779 bestehende Familienpflege in der Umgebung Ellens auf die Anstalt übergegangen. Die Familienpflege umfaßt jetzt ca. 160 Kranke.

2. **Beobachtungsabteilung der städtischen Krankenanstalt** für zweifelhafte Fälle, Nachtaufnahmen, Deliranten und Epileptiker.

Dirigierender Arzt: Dr. *Stövesandt*.

3. **Sanatorium Rockwinkel** bei Bremen für Nerven- und Gemütskranke. Ebst. Oberneuland.

22 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 22 m., 28 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 87 m., 83 w., Zahl der Abgänge 85 m., 83 w., darunter Todesfälle 6 m., 3 w. 66 Plätze, 1 Verpflegklasse. Ärzte: Leitender Arzt und Besitzer Dr. *Walter Benning*; Hausarzt Dr. *Hans Schmitz*; 1 Ass.-Arzt. 18 Pflegepersonal. Gegründet 1764 von Dr. *Engelken*, bis 1910 im Besitze dieser Familie, seitdem durch Neu- und Umbauten vergrößert und neuzeitlich eingerichtet. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

4. **Haus Reddersen,** Erziehungsheim für Geistesschwache in Bremen-Horn unter der Verwaltung des Vereins für Haus Reddersen.

5½ Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 62 m., 52 w., im Vor-

jahre Zahl der Zugänge 9 m., 8 w., Zahl der Abgänge 6 m., 5 w., darunter Todesfälle 1 m., 1 w. 120 Plätze, 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor *Georg Wrede*; Hausarzt Dr. *Peltzer*. 16 Pflegepersonal. Gegründet 1898. Geschlossene Anstalt.

Bremgarten, Kanton Aargau, Schweiz

Anstalt **St. Joseph** für schwachbegabte Kinder. Ebst. Bremgarten.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 159 m., 142 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 35 m., 19 w., Zahl der Abgänge 37 m., 18 w., darunter Todesfälle 9 m., 4 w. 1 Verpflegklasse. Präsident: Dek. Joseph Meyer; Hausarzt: Dr. *Fridolin Hauser*. 30 Schwestern. Gegründet 1888. Geschlossene Anstalt.

Breslau, Provinz Schlesien

1. Psychiatrische und Nervenklinik der Schles. Friedr.-Wilh.-**Universität** (Staatsanstalt), Auenstr. 44.

2,5 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 56 m., 43 w., im Vorjahr Zahl der Zugänge 885 m., 392 w., Zahl der Abgänge 881 m., 395 w., darunter Todesfälle 20 m., 3 w. 80 Plätze, 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Geh. Med.-Rat Prof. Dr. *Robert Wollenberg*; Oberarzt: Privatdozent Dr. *Felix Georgi*; Assistenzärzte: Privatdozent Dr. *Siegfried Fischer*, Privatdozent Dr. *Kurt Rosenthal*, Dr. *Rudolf Rotter*, Dr. *Herbert Freiberg* und *Günther Weise*. Gegründet 1. 4. 1907. Poliklinik. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

2. **Städtische Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke in Breslau X,** Einbaumstr. 25.

40 000 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 117 m., 98 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 928 m., 510 w., Zahl der Abgänge 916 m., 511 w., darunter Todesfälle 59 m., 50 w. 220 Plätze, 2 Verpflegklassen. Ärzte: Primärarzt: Dr. *Fritz Chotzen*; Oberarzt: Dr. *Max Nicolauer*; Assistenzärzte: Dr. *Georg Kasperek*, Dr. *Willy Oppler*, Dr. *Kurt Anders*, Frau *Josefine Lühr*, Volontärärztin Frl. *Ruth von Wietersheim*. 43 Pfleger, 42 Pflegerinnen. Erbaut 1888 unter Leitung Prof. Wernickes, zuerst gleichzeitig Klinik und städtisches Krankenhaus, 1898 Trennung dieser Anstalten, die Anstalt wurde aber bis zur Eröffnung der psychiatrischen Klinik im Jahre 1907 für Lehrzwecke benutzt. Außenfürsorge, Familienpflege, Beratungsstelle für psychisch und Nervenkranke. Geschlossene Anstalt.

3. **Irrenabteilung am Strafgefängnis Breslau,** Kletzschkaustraße 31.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 41 m., im Vorjahre Zahl der Zugänge 71, Zahl der Abgänge 70, darunter Todesfälle 1. 39 Plätze. Leitender Arzt: Med.-Rat Dr. *Weddige*. 1 Hauptwachtmeister, 8 Wachtmeister. Gegründet 1898. Geschlossene Anstalt.

Brieg, Regierungbezirk Breslau, Provinz Schlesien

Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Brieg.

180 ha, hierzu 46 ha Pachtland. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 181 m., 250 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 53 m., 113 w., Zahl der Abgänge 64 m., 117 w., darunter Todesfälle 20 m., 19 w. 465 Plätze, 1 Verpflegklasse. Ärzte: Direktor San.-Rat Dr. *Johannes Dinter*, Prov. Obermed.-Rat; Oberärzte: San.-Rat Dr. *Richard Lehmann*, Dr. *Ludwig Thürwächter*; Abt.-Arzt Dr. *Willy Oppler*. 35 Pfleger, 37 Pflegerinnen. Gegründet 1751. — Zunächst waren die Geisteskranken im Brieger Zuchthaus untergebracht, 1784 wurde ein Irrenhaus auf dem Hofe des Zuchthauses gebaut, 1818 wurde das Kapuzinerkloster mit Geisteskranken belegt. Nach verschiedenen Um- und Neubauten wurde 1882 im benachbarten Briegischdorf eine landwirtschaftliche Kolonie eingerichtet. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Bruchsal, Baden

Psychiatrische Gefangenenanstalt bei den Strafanstalten in Bruchsal. Ebst. Bruchsal.

33 ar. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 20 m., im Vorjahre Zahl der Zugänge 33, Zahl der Abgänge 34, darunter Todesfälle —. 34 Plätze, 1 Verpflegklasse. Leiter der Strafanstalten Direktor Oberregierungsrat Dr. Strobel; Arzt: Med.-Rat Dr. *Walter Ernst*. 10 Aufseher. Gegründet 1903. Die Anstalt ist zur Aufnahme aller in den Strafanstalten Badens geistig erkrankten Männer bestimmt. Geschlossene Anstalt.

Bruck a. d. Mur, Steiermark

Pius-Institut der barmherzigen Schwestern vom heiligen Kreuz zur Pflege, Erziehung und Unterricht schwachsinniger Kinder.

Am 1. 1. 1928: 86 Knaben, 90 Mädchen, Zugang im Vorjahre 11 Knaben, 19 Mädchen, Abgang 16 Knaben, 21 Mädchen, darunter Todesfälle 1 m., 1 w. 180 Plätze. 2 Verpflegklassen. Arzt: Dr. *Karl Schmid*. 26 Schwestern. Gegründet 1879.

Brünn (Tschecho-Slowakei)

Landes-Irrenanstalt.

80 000 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 372 m., 366 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 455 m., 370 w., Zahl der Abgänge insgesamt 742, darunter Todesfälle 63 m., 41 w. 533 Plätze, 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. *Alois Papirnik*, Primärärzte: Dr. *Jaromír Jelinek*, Dr. *Vladimir Kytlica*, Dr. *Arthur Schönfeld*; Ordinierende Ärzte: Dr. *Franz Segeta*, Dr. *Vilimkova-Sedláčková*. 60 Pfleger, 63 Pflegerinnen. Gegründet 1863. Geschlossene Anstalt.

Franz.-Buchholz bei **Berlin,** Provinz Brandenburg

Dr. **Muchas** Heil- und Pflegeanstalt für weibl. Gemüts- und

Nervenkranke, **Hauptstraße 57. Ebst. Blankenburg** (Vorortbahn Berlin-Bernau).

100 Betten, 3 Verpflegklassen. Leitende Ärzte: Dr. *Hermann Mucha*, Dr. *Franz Lehmann*.

Bunzlau (Schlesien)

Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Bunzlau.

180 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 345 m., 572 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 136 m., 195 w., Zahl der Abgänge 95 m., 120 w., darunter Todesfälle 13 m., 35 w. 1100 Plätze, 1 Verpflegklasse. Ärzte: Direktor San.-Rat Dr. *Clemens Neißer*; Oberarzt: Dr. *Hugo Heilemann*; Abteilungsärzte: Dr. *Felix Weißenfeld*, Dr. *Hans Merquet*, Dr. *Wilhelm Häfer*; Ass.-Arzt: Dr. *Heinrich Stolze*. 67 Pfleger, 91 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1863. Außenfürsorge, 30 Kranke in Familienpflege, Beratungsstelle für psychisch und Nervenkranke. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen. Die Anstalt besitzt eine besonders eingerichtete Station für weibliche Typhusbazillenträger.

Burgkunstadt (Oberfranken)

St. Josephsanstalt für weibl. Geistesschwache und Epileptische und ruhige Geisteskranke.

27 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 252 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 34 w., Zahl der Abgänge 30 w., darunter Todesfälle 20 w. 260 Plätze, 2 Verpflegklassen. Direktor ist Msgr. Dr. *A. Luible* in Dillingen a. d. D.; Hausarzt: San.-Rat Dr. *Joseph Bullinger*; regelmäßiger Besuch durch einen Arzt der Kreis-Heil- und Pflegeanstalt Bayreuth. 33 Schwestern. Gegründet 1895. Offene Privatanstalt.

Capellen bei **Geldern** (Rheinprovinz)

Anstalt **St. Bernhardin,** Hamb b. Capellen für jugendliche und erwachsene weibl. Schwachsinnige. Ebst. Issum.

9 ha. 260 Plätze, 3 Verpflegklassen. Bestand am 1. 1. 1928: 236 Mädchen. Zugänge 1927: 54, Abgänge 24. Arzt: Med.-Rat Dr. *Karl Reckmann*. Eröffnet 1882. 46 Schwestern. Vorsteherin Oberin Jolanda Braun.

Carlsruhe (Kreis Oppeln Prov. Schlesien)

Helenenstift, Privatanstalt für Geistesschwache.

20 Plätze. Arzt: Dr. *Paul Sander*. 2 Schwestern. Abt. f. Geistesschwache 1926 eröffnet.

Cassel (Hessen-Nassau)

San.-Rat **Dr. Wiederholdsche Privat-Nervenheilanstalt,** Ebst. Cassel und Wilhelmshöhe.



30 000 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 20 m., 20 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 8 m., 7 w., Zahl der Abgänge 15 m., 10 w., darunter Todesfälle —. 80 Plätze, 1 Verpflegklasse. Leitender Arzt und Inhaber Dr. *Wilhelm Rohrbach*, 1 Assistenzarzt. 3 Pfleger, 3 Schwestern. Gegründet 1878. Offene Anstalt, 1 Abteilung für innere Kranke ist angegliedert.

Casvegno bei **Mendrisio** (Kanton Tessin Schweiz)

Kantonale Irrenanstalt.

400 Plätze. Eröffnet 1898.

Charlottenburg (Provinz Brandenburg)

Dr. Weilers Kuranstalten für Nerven- und Gemütskranke.

Chemnitz (Sachsen)

1. Staatliche **Landeserziehungsanstalt** für Schwachsinnige und Blinde in **Chemnitz-Altendorf.**

69 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 554 m., 299 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 112 m., 53 w., Zahl der Abgänge 104 m., 69 w., darunter Todesfälle 2 m., 1 w. 878 Plätze, 1 Verpflegklasse. Ärzte: Anstaltsdirektor Oberregierungs-Med.-Rat Dr. *Walter Kürbitz*; Anstaltsarzt: Dr. *Wilhelm Lange* und 2 Hilfsärzte. 45 Pfleger, 71 Schwestern. Gegründet 1905. Der Anstalt ist eine Abteilung für gehirngrippekranke Jugendliche und Kinder angegliedert, auch befindet sich dort eine Beratungsstelle für psychisch und Nervenkranke. Ferner gehören noch zur Anstalt die Außenabteilung und das Mädchenheim in Grünhain, das Blindenheim in Moritzburg, die Hilfsschule für schwachbegabte Blinde und das Blindenheim in Königswartha, sowie die Heime für blinde Mädchen (Zeilerheim) in Dorfchemnitz und Chemnitz (Burgstr.).

2. **Städtische** Nervenheilanstalt **Chemnitz-Hilbersdorf.**

23 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 166 m., 142 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 1061 m., 781 w., Zahl der Abgänge 1054 m., 824 w., darunter Todesfälle 59 m., 70 w. 350 Plätze, 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Ober-Med.-Rat Prof. Dr. *W. Runge*; 1. Oberarzt: Med.-Rat Dr. *Grage*; 2. Oberarzt: Dr. *Melzer*; Ass.-Ärzte: Dr. *Brand*, Dr. *Maß*, Dr. *Schröder*, Dr. *Wiehe*; Vol.-Ärzte: Dr. *Waszkontzer*, Dr. *Winnik*, Dr. *Jessen*. 126 Pflegepersonal. Gegründet 1905. Beratungsstelle für psychisch und Nervenkranke. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Besondere Kinderabteilung mit Schule.

Chêne-Bougeries bei **Genf** (Kanton Genf, Schweiz)

Villa Sismondi, Privatanstalt für Nerven- und Geisteskranke (meist weibl.).

20 Plätze. Am 1. 1. 1928: 20 Patienten, Zugänge 1927: 49, Abgänge

43, darunter 1 Todesfall. Ärzte: Prof. hon. Dr. *R. Weber*, Dr. *L. Redalié*. 10 Pflegepers. Eröffnet 1888.

Chrischona (Kanton Basel-Stadt, Schweiz)

Trinkerheilstätte **Pilgerhütte** der Pilgermission.

26 Plätze.

Cloppenburg (Oldenburg)

St. Vincenzhaus, Bildungsanstalt für Schwachsinnige, **katholische** Stiftung.

2 ha. 110 Plätze, 1 Verpflegklasse. Hausarzt Dr. *Bernhard Bitter*. Lehr- und Haushaltungsschwestern. Eröffnet 1887.

Corcelles (Kanton Neu-Châtel, Schweiz)

1. **Pension „Le Pré Carré“.** Mr. Fern. Tschantz.

Mr. Fern. Tschantz. 32 Plätze.

2. **Pension „Le Château“.** Mr. R. Tschantz.

Mr. R. Tschantz. 18 Plätze.

Dahmen bei **Vollrathsruhe** (Mecklenburg-Schwerin)

Blaukreuzheim, Heilstätte für alkoholkranke und erholungsbedürftige Männer.

7,6 ha, 10 Plätze. Besitzer und Vorstand Baron von Tiele-Winkler. Hausvater I. Wein. Arzt Dr. *W. Erich*.

Danzig (Freie Stadt)

1. Psychiatrische Abteilung des **städtischen** Krankenhauses in **Danzig.**

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 18 m., 17 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 278 m., 229 w., Zahl der Abgänge 249 m., 212 w., darunter Todesfälle 11 m., 6 w. 52 Plätze, 3 Verpflegklassen. Ärzte: Leiter der psychiatrischen Abteilung Dr. *Franz Kauffmann*, Stationsarzt Dr. *Waldemar Schimanski*. 9 Pfleger, 9 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt. Die Anstalt dient als Stadtasyl zur vorläufigen Aufnahme und ist im wesentlichen Durchgangsstation; nach zirka 1 Monat werden die anstaltsbedürftigen Kranken in die Anstalten Lauenburg oder Tapiau überführt.

2. **Staatliche** Fürsorgeanstalt **Silberhammer** bei **Danzig** für Epileptiker und Idioten, Landarme und Korrigenden.

Bestand am 1. 1. 1928: 111 m., 91 w., Zugang 1927: 57 m., 114 w., Abgang 34 m., 44 w., darunter Todesfälle 5 m., 3 w. 240 Plätze. 1 Verpflegklasse. Direktor Alfred Koenig. Ärzte: Dr. *Johannes Revelke*, Dr.

Rudolf Dachau. 14 Pfleger, 11 Schwestern. Seit 1922 staatlich. 500 Morgen Land.

Darmstadt (Hessen)

1. **Staatliche** Anstalt für Geistesschwache **„Alicestift“.**

3½ ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 82 m., 56 w., hiervon 5 m., 2 w. epileptisch, im Vorjahre Zahl der Zugänge 10 m., 10 w., Zahl der Abgänge 16 m., 12 w., darunter Todesfälle 1 w. 146 Plätze, 1 Verpflegklasse. Anstaltsleiter Oberinspektor Georg Keller. Anstaltsarzt im Nebenamt: Kreisarzt Ober-Med.-Rat Dr. *Langemann.* 4 Wärter, 12 Wärterinnen. 1869 als Privatanstalt errichtet, 1880 staatlich, seit 1911 reine Schulanstalt simultanen Charakters.

2. Psychiatrische Abteilung der **städtischen** Krankenanstalt in **Darmstadt.**

Krankenhausdirektor Obermed.-Rat Dr. *August Fischer*; Nervenarzt Dr. *Wilhelm Vix*, Med.-Rat. Pavillon mit 24 Betten zur vorübergehenden Unterbringung und Beobachtung von Geisteskranken usw.

Deggendorf (Niederbayern)

Niederbayerische Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Deggendorf.

18 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 285 m., 237 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge: 73 m., 71 w., Zahl der Abgänge 57 m., 71 w., darunter Todesfälle 14 m., 15 w. 550 Plätze, 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Ober-Med.-Rat Dr. *Emanuel Scheiber* (Amtssitz in der zweiten niederbayer. Heil- und Pflegeanstalt Mainkofen); Oberärzte: Dr. *Wilhelm Korte* (Stellvertr. d. Direktors) und Dr. *Josef Wucher*; Anstaltsärzte Dr. *Johann Michel*, Dr. *Hannibal Bornebusch.* 48 Pfleger, 44 Pflegerinnen. Eröffnet 1869. Geschlossene Anstalt.

Detmold (Lippe)

Privatanstalt für Nervenkranke usw. von Dr. **Haberkant,** Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten.

5 Plätze. Familienpension für Rekonvaleszenten von Psychosen, ferner alle funktionellen und organischen Nervenkrankheiten.

Deybach (Kreis Schwaben, Bayern)

Erziehungs- und Pflegeanstalt für weibl. Geistesschwache, Epileptiker und Kretinen.

31 ha. 1911: 270 Plätze. Arzt: Dr. *G. Ziegler* in Aichstetten. Schwestern vom heiligen Franziskus in Dillingen. Eröffnet 1869 in Glött, 1889 nach Deybach verlegt.

Dinker (Kreis Soest, Westfalen)

Heilanstalt für Alkoholgefährdete **„Blaukreuzhof“.** Bahnstat. Welver und Uentrop.

20 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 32 m., im Vorjahre Zahl der Zugänge 93 m., Zahl der Abgänge 91 m., darunter Todesfälle —. 32 Plätze, 1 Verpflegklasse. Leitung: D. Göbel, Dr. Ing. Pertz; Arzt: Dr. med. *Mertens*. 3 Pflegepersonal. Eröffnet 1906. Offene Anstalt.

Domjüch bei **Alt-Strelitz** (Mecklenburg-Strelitz)

Staatliche **Landes**heilanstalt für Geisteskranke, Schwachsinnige und Epileptiker, Trunksüchtige und Nervenkranke.

57 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 82 m., 118 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 53 m., 56 w., Zahl der Abgänge 39 m., 52 w., darunter Todesfälle 4 m., 19 w. 250 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Ober-Med.-Rat Dr. *Hermann Starke*, Med.-Rat Dr. *Franz Schlund*. 46 Pflegepersonal. Gegründet 1902. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Der Anstalt angegliedert ist ein ganzes Säuglingsheim mit 50 Betten und ein Kinderheim mit 20 Betten.

Dorpat (Tartu) Estland

Klinik der **Universität** für Nerven- und Geisteskranke. Selbständige Heil- und Pflegeanstalt. Eröffnet 1881.

Bestand am 1. 1. 1928: 96, Zugang 397, Abgang 401, darunter Todesfälle 9 m., 7 w. 120 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Prof. Dr. *Maximilian Bresowsky*, Dr. *Theodor Soans*, Dr. *Wolfgang Masing*, Dr. *Nikolai Born*. 20 Pflegepersonal. Eröffnet 1881. Geschlossene Anstalt.

Dorsten (Provinz Westfalen)

Maria Lindenhof, Privatanstalt für männl. Epileptische, Eigentum der Genossenschaft der barmherzigen Brüder in Montabaur.

Bestand am 1. 1. 1928: 445, Zugänge 1927: 73, Abgänge 55, darunter Todesfälle 31. 460 Plätze. 1 Verpflegklasse. Leitender Arzt: Dr. *Franz Schwegmanns*; Ass. Arzt Dr. *Aloys Müller*. Eröffnet 1887. 37 Brüder, 12 Wärter. Geschlossene Anstalt mit offner Abt.

Dresden (Sachsen)

1. **Städtische** Heil- und Pfleganstalt **Dresden.**

4 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 306 m., 426 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 2019 m., 1662 w., Zahl der Abgänge 2019 m., 1685 w., darunter Todesfälle 234 m., 360 w. 1083 Plätze, je eine Verpflegklasse in der Heilabteilung und in der Pflegabteilung. Ärzte: Stadt-Obermed.-Räte Prof. Dr. med. *Eduard Reiß*, Direktor der ersten Abteilung, Leiter der Heil- und Pflegeanstalt, Dr. med. *Germanus Flatau*, Direktor der zweiten Abteilung, Dr. med. *Franz Schob*, Direktor der dritten Abteilung; Oberärzte: Stadtmed.-Räte Dr. med. *Ossian Oehmig*, Dr. *Friedrich Kaiser*, Dr. *Duncan Campbell*; Anstaltsärzte: Stadtmed.-Räte Dr. *Adolf Kahl*, Dr. *Walter Heinel*, Dr. *Fritz Rüder*, Dr. *Christoph Ferckel*; Hilfsärzte:

Dr. *Valeria Haugel*, Dr. *Reinhold Persch*, Dr. *Adolf Hofmann*, Dr. *Roman Blaschny*, Dr. *Friedrich Gebert*. 109 Pfleger, 139 Schwestern und Pflegerinnen. Gegründet 1861 als städtisches Asyl für Sieche, chronisch körperlich Kranke und harmlose chronisch Geisteskranke. 1889 wurde diesem Asyl die bisher beim Stadtkrankenhause Dresden-Friedrichstadt geführte Irrenbeobachtungsstation angegliedert und in einem hierzu errichteten Neubau untergebracht. Größere Erweiterungsbauten auf dem Anstaltsgelände 1896, 1898 und 1901. Offene Anstalt mit geschlossenen Abteilungen.

2. **Dr. Stadelmanns** Klinik für Nervenkranke und ärztlich-pädagogische Heilanstalt für nervenkranke Kinder in Dresden, Nürnbergerstr. 55.

8 Plätze, 1 Verpflegklasse. Arzt: Dr. med. *Heinrich Stadelmann*, Nervenarzt. 2 Schwestern. Gegründet 1900, 1905 von Würzburg nach Dresden verlegt. Offene Anstalt.

Drolshagen (Kreis Olpe, Westfalen)

Privatanstalt für weibl. Epileptische und Schwachsinnige.

Düren (Rheinland)

Rheinische **Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt.** Ebst. Düren (Rheinland).

31 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 287 m., 384 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 177 m., 170 w., Zahl der Abgänge 165 m., 170 w., darunter Todesfälle 33 m., 40 w. 700 Plätze, 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. *Peter Neu*, San.-Rat; Oberärzte: San.-Rat Dr. *Arthur Siebert*, Dr. *Joachim Linzbach*; Anstaltsarzt: Dr. *Hans Arthur Müller*; Ass. Arzt: Dr. *Carl Capell*. 57 Pfleger, 54 Pflegerinnen. Gegründet 1878. Außenfursorge. Beratungsstelle für psychisch und Nervenkranke. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Düsseldorf-Grafenberg (Rheinprovinz)

Rheinische **Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt.** Ebst. Düsseldorf und Haltestelle der städtischen Straßenbahn „Auf der Hardt".

53 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 474 m., 413 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 961 m., 670 w., Zahl der Abgänge 928 m., 610 w., darunter Todesfälle 128 m., 94 w. 885 Plätze, 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor San.-Rat Dr. *Johannes Herting*; Oberärzte: Prof. Dr. *Franz Sioli*, Leiter der psychiatrischen Klinik der medizinischen Akademie Düsseldorf, Dr. *Martin Steinbrecher*, Dr. *Eduard Weinbrenner*, Dr. *Heinrich Mappes*, Dr. *Karl Bastin*, Dr. *Alois Havestadt*; Anstaltsärzte: Dr. *Walter Creutz*, Dr. *Hermann Wegener* und Assistenzarzt der psychiatrischen Klinik der Akademie Düsseldorf Dr. *Neustadt*; Volontärärzte: Dr. *Paul Eichler*, Dr. *Alois Schmitz*. 82 Pfleger, 70 Pflegerinnen. Gegründet 1876.

Neu- und Umbauten 1897 und 1899, 1906—1908, 1923—1927. Beratungsstelle für psychisch und Nervenkranke bei den Wohlfahrtsämtern im Aufnahmebezirk. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen. Die Anstalt ist vertraglich der Stadt Düsseldorf für die von ihr betriebene medizinische Akademie zum Zweck klinischen Unterrichts in der Psychiatrie, ferner als Stadtasyl zur vorläufigen Unterbringung für Geisteskranke zur Verfügung gestellt.

Dziekanka bei **Gnesen**

Die Anstalt war bis 1919 Irrenanstalt der Provinz Posen mit 720 Plätzen, letzter deutscher Direktor Geh. San.-Rat Dr. *Kayser*. Seit Abtretung der Provinz Posen ist die Anstalt polnisch.

Eberbach am **Neckar** (Baden)

Haus Rockenau bei Eberbach in Baden, offene **Privat**-Heilanstalt, insbesondere für Alkoholkranke, Süchtige und Nervenkranke. Ebst. Eberbach Baden.

4 ha, 35 Plätze, 1 Verpflegklasse. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 13 m., 4 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 65 m., 16 w., Zahl der Abgänge 54 m., 14 w., darunter Todesfälle —. Leitender Arzt und Besitzer: Dr. med. *Karl Fürer*. 2 Schwestern. Gegründet 1895, 1911 durch Erweiterungsbau vergrößert.

Ebernach bei **Cochem an** der Mosel (Rheinland)

Pflegeanstalt der **Franziskanerbrüder** für Geisteskranke. Ebst. Cochem.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 379 m., im Vorjahre Zahl der Zugänge 63 m., Zahl der Abgänge 22 m., darunter Todesfälle 16 m. 385 Plätze, 1 Verpflegklasse. Leitender Arzt: San.-Rat Dr. *Theodor Melsheimer*. 40 Brüder. Gegründet 1887. Geschlossene Anstalt.

Eberstadt bei **Darmstadt** (Provinz Starkenburg, Hessen)

1. **Provinzial**-Pflegeanstalt.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 183 m., 209 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 68 m., 52 w., Zahl der Abgänge 37 m., 47 w., darunter Todesfälle 24 m., 25 w. 425 Plätze, 1 Verpflegklasse. Direktor Med.-Rat Dr. *Fritz Weißenbach*, 1 Hilfsarzt vorgesehen. 4 Pfleger, 25 Schwestern und Pflegerinnen. Gegründet 1903. Die Anstalt ist in erster Linie für körperlich Pflegebedürftige bestimmt, es finden aber auch psychich Defekte Aufnahme, insofern diese der besonderen Einrichtungen der Irrenanstalt nicht bedürfen. Offene Anstalt.

2. Heilstätte „**Haus Burgwald**" für männl. Alkoholkranke in Eberstadt bei Darmstadt. Ebst. Eberstadt bei Darmstadt.

19 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 12 m., 1 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 27 m., Zahl der Abgänge 29 m., darunter Todesfälle —. 30 Plätze, 1 Verpflegklasse. Arzt: Dr. med. *Georgi.* Hausvater: Diakon Ziesche. Außenfürsorge. Private offene Anstalt.

Eberswalde bei **Berlin** (Provinz Brandenburg)

Brandenburgische **Landesanstalt** für Geisteskranke. Ebst. Eberswalde.

125 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 600 m., 640 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 215 m., 154 w., Zahl der Abgänge 197 m., 134 w., darunter Todesfälle 67 m., 35 w. 1375 Plätze, 4 Verpflegklassen. Ärzte: San.-Rat Dr. *Karl Zinn*, Direktor und Landesmedizinalrat für die Provinzial-Verwaltung Brandenburg; Oberärzte: Dr. *Ernst Jess*, Dr. *Max Gillwald*, Dr. *Friedrich Deffge*, Dr. *Paul Würfler*, Dr. *Herbert Meyer*, Dr. *Egon Greifelt*; Ass. Arzt: Dr. *Werner Ziegner*; 2 Med. Prakt. 142 Pfleger, 135 Pflegerinnen. Gegründet 1865. Außenfürsorge. In Familienpflege 60 Kranke. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen.

Ecksberg bei **Mühldorf** a. Inn (Oberbayern)

Pflegeanstalt für Idioten und Epileptiker.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 169 m., 161 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 21 m., 13 w., Zahl der Abgänge 24 m., 9 w., darunter Todesfälle 10 m., 1 w. 330 Plätze, 1 Verpflegklasse. Direktor Pfarrer Lunghamer. Hausarzt: Ober-Med.-Rat Dr. *Eisenhofer.* 100 Schwestern. Gegründet 1852. Offene Anstalt.

Eclagnens (Kanton Waadt, Schweiz)

Asile de Fréd. Bezencon.

30 Plätze.

Effinger Hof bei **Holderbank** (Kanton Aargau, Schweiz)

Heilstätte für alkoholkranke Männer.

24 Plätze. Gegründet 1914.

Egg (Kanton Zürich, Schweiz)

Privat-Anstalt **„Halden“**, **Hinteregg**, für Nerven- und Gemütskranke.

1 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 1 m., 35 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 13 w., Zahl der Abgänge 14 w., darunter Todesfälle 4 w. 40 Plätze, 2 Verpflegklassen. Frz. H. Halama, Anstaltsleiter. Dr. med. *Johannes Schröter*, Anstaltsarzt, 5 Wärterinnen. Gegründet 1885. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Eglfing bei **München.**

Oberbayerische Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Haar (München-Rosenheim).

Anstaltsgelände 97,076 ha, landwirtschaftlicher Besitz 358,195 ha. (gemeinsam mit der Anstalt Haar). Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 631 m., 751 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 149 m., 202 w., Zahl der Abgänge 128 m., 170 w., darunter Todesfälle 48 m., 38 w. Etwa 1400 Plätze, 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Obermedizinalrat Dr. *Ast*, 1. Oberarzt Dr. *Karl Lemberg*; Oberärzte: Dr. *Josef Schleiß v. Löwenfeld*, Dr. *Franz Sendtner*, Dr. *Max Theobald*, Dr. *Roderich Mayr*, Dr. *Pius Papst*, Dr. *Josef Schapfl*; Assistenzärzte: Dr. *Anton v. Braunmühl*, Dr. *Hans Mandel*. 4 Pflegesekretäre, 3 Pflegemeister, 123 Pfleger, 7 barmherzige Brüder, 6 Pflegemeisterinnen, 188 Pflegerinnen. 1901 bis 1905 als Ersatz für die ständig überfüllte und von der Stadt umklammerte Kreisirrenanstalt München erbaut und am 24. 7. 1905 eröffnet. Außenfürsorge, Beratungsstelle für psychisch und Nervenkranke in München durch einen Oberarzt der Anstalt.

Eichberg bei **Hattenheim** im Rheingau (Provinz Hessen-Nassau)

Landes-Heilanstalt. Ebst. Hattenheim.

60 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 375 m., 413 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 169 m., 217 w., im Vorjahr Zahl der Abgänge 159 m., 190 w., darunter Todesfälle 31 m., 33 w. 725 Plätze, 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. *Hans Wachsmuth*; Oberärzte: Dr. *Adolf Wahlmann*, Dr. *Leopold Coulon* und Dr. *Peter Masorsky*; 1 Assistenzarzt; 112 Pfleger und Pflegerinnen. Die Nassauische Irrenanstalt befand sich von 1815 bis 1849 in Eberbach, seitdem auf dem Eichberg. In Familienpflege, die seit dem Jahre 1889 besteht und sich über das Gebiet von Koblenz bis Frankfurt a. M. erstreckt, sind zur Zeit 126 Kranke untergebracht. Beratungsstelle für psychisch- und Nervenkranke im Landeshaus zu Wiesbaden für den Kreis Wiesbaden und den Main-Taunuskreis, und in der Anstalt selbst für die Kreise Rheingau, St. Goarshausen und den Untertaunuskreis.

Eickelborn (Provinz Westfalen)

Provinzial-Heilanstalt für Geisteskranke. Ebst. Benninghausen.

40 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 712 m., 716 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 150 m., 146 w., Zahl der Abgänge 146 m., 144 w. darunter Todesfälle 24 m., 43 w. 1470 Plätze, 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Provinzial-Ober-Med.-Rat Dr. *Karl Hermkes*,; Oberärzte: San.-Rat, Provinzial-Med.-Rat Dr. *Moritz Muermann*, Dr. *Hans Clemens*, Dr. *Heinrich Schnitker*, Dr. *Ferdinand Hürten* und Dr. *Johannes Bartscher*, Assistenzärzte: Dr. *Franz Kurte* und *Werner Zils*. 99 Schwestern, 89 Pfleger. Im Jahre 1883 eröffnet als Pflegeanstalt für unheilbare Geisteskranke, 1903 Errichtung eines Bewahrhauses für gefährliche Geisteskranke und eines Landhauses für ruhige arbeitende Männer, 1908—1914

als neuzeitliche Heilanstalt ausgebaut. Familienpflege, Beratungsstelle für psychische und Nervenkranke. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Elberfeld (Rheinprovinz)

Anstalten des Bergischen **Diakonissen**-Mutterhauses, Erziehungsanstalten für weibl. Jugendliche, hauptsächlich Schwachsinnnige und Psychopathen.

Ellikon a. d. Thur bei **Islikon** (Kanton Zürich, Schweiz)

Trinkerheilstätte. Ebst. Islikon.

13 ha. 40 Plätze. 1 Verpflegklasse. Am 1. 1. 1928: 34 m. Zugänge 1927: 40, Abgänge 47. Eigentümer: Verein für die Trinkerheilstätte Ellikon mit Sitz in Zürich. Aufsichtsärzte: Dr. med. *Arn. Studer*, *Winterthur* u. *J. Staehelin*, Burghölzli, Zürich. Hausvater J. Egli.

Elsterberg (i. V.)

Sanatorium **Elsterberg** für Nervenkranke (Entziehungskuren).

1,5 ha. Besitzer und leitender Arzt San.-Rat Dr. *Römer*. 4 Pflegepersonal. Gegründet 1892.

Emmendingen (Baden)

Badische Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Emmendingen.

88 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 568 m., 676 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 259 m., 243 w., Zahl der Abgänge 287 m., 236 w., darunter Todesfälle 33 m., 29 w. 1300 Plätze, 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. *Viktor Mathes*, Medizinalräte: Dr. *Albert Kühne*, Dr. *Ernst Jäger*, Dr. *Alfred Schwenninger*, *Siegfried Reck*; Assistenzarzt: Dr. *Otto Schretzmann*; Hilfsärzte Dr. *Herbert Moritz*, Dr. *Gregor Overhamm*. 136 Pfleger, 145 Pflegerinnen. Gegründet 1889. Außenfürsorge für die Kreise Freiburg i. B. u. Lörrach, sowie das Bezirksamt Lahr. Beratungsstelle für psychisch und Nervenkranke in der Stadt Freiburg i. B. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Endenich bei **Bonn** (Rheinprovinz)

Privat- Heil- und Pflegeanstalt der **Alexianerbrüder** für gemüts- und nervenkranke Herren. **St. Paulus-Heilanstalt** (früher San.-Rat v. d. Helm.) Sebastianstr. 180.

2½ ha. 3 Verpflegklassen. 100 Plätze, zur Zeit 52 Kranke. 12 Pfleger, darunter 10 barmherzige Brüder. Eröffnet 1844, 1927 Besitzwechsel. Vorsteher Br. Ambrosius.

Ensen (Rheinprovinz)

Alexianer-Heil- und Pflegeanstalt Ensen. Ebst. Porz.

5 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 306 m., im Vorjahre Zahl der Zugänge 163 m., Zahl der Abgänge 158 m., darunter Todesfälle 37 m. 310 Plätze, 3 Verpflegklassen. Ärzte: Dr. *Josef Westermann*, leitender Arzt, und Dr. *Franz Ignaz Johann*, Assistenzarzt. 40 Pfleger. Eröffnet 1905. Geschlossene Anstalt für Geisteskranke, Schwachsinnige u. Epileptiker mit offener Abteilung für Nervenkranke.

Erdmannshain bei **Naunhof** (Sachsen)

Psychiatrisch geleitetes **Erholungsheim.** Ebst. Naunhof Bez. Leipzig.

3 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 1 m., 5 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 30 m., 23 w., Zahl der Abgänge 31 m., 24 w., darunter Todesfälle —. 15 Plätze, 1 Verpflegklasse. Leiter San.-Rat Dr. *Friedrich Lehmann*. 2 Pflegerinnen. Gegründet 1924. Offene Anstalt für leichte Psychosen, nervöse Erschöpfungszustände und Entziehungskuren.

Erlangen (Bayern)

1. **Mittelfränkische** Heil- und Pflegeanstalt Erlangen.

12,6 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 409 m., 438 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 528 m., 260 w., und Zahl der Abgänge 511 m., 267 w., darunter Todesfälle 42 m., 41 w. 845 Plätze, einschließlich Eggenhof und Sieglitzhof, 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Ober-Med.-Rat Dr. *Gustav Kolb*; Oberärzte: Dr. *Wilhelm Oppermann* und Dr. *Valentin Faltlhauser*; Anstaltsärzte: Dr. *Hubert Schuch*, Dr. *Hans Prießmann*, Dr. *Ewald Grimm*; Hilfsarzt: Dr. *Max Leusser*. 103 Pfleger, 103 Pflegerinnen. Eröffnet 1846. Außenfürsorge in großem Maßstab unter Leitung von Oberarzt Dr. *Faltlhauser*, Beratungsstelle in Nürnberg, Familienpflege.

2. **Psychiatrische** und **Nervenklinik** der **Universität** Erlangen.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 101 m., 110 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 296 m., 130 w., Zahl der Abgänge 308 m., 126 w., darunter Todesfälle 11 m., 16 w. 200 Plätze, 2 Verpflegklassen. Direktor Universitätsprofessor Geh. Med.-Rat Dr. *Gustav Specht*, Oberarzt Prof. Dr. *Gottfried Ewald*; Assistenzärzte: Privatdozent Dr. *Berthold Kihn* und Dr. *Christian Büttner*. 20 Pfleger, 20 Pflegerinnen. Die psychiatrische Klinik ist seit 1903 selbständig in einem gesonderten Teil der Heil- und Pflegeanstalt untergebracht und mit dieser in gemeinsamer Verwaltung. Poliklinik für psychische und nervöse Krankheiten, Außenfürsorge.

Erlenbach (Kanton Zürich, Schweiz)

Asyl der **Martinstiftung** für bildungsfähige Schwachsinnige. Mariahalden-Erlenbach.

Am 1. 1. 1928: 62 Pfleglinge. Direktor: Fr. Wittwer. Arzt: Dr. *Stahel*, 4 Pfleger. Eröffnet 1905. Offene Anstalt.

Ershausen (Eichsfeld) (Provinz Sachsen)

St. Johannesstift, Privatanstalt für Geisteskranke, Epileptiker und Idioten. Ebst. Ershausen (Eichsfeld).

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 138 m., 90 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 36 m., 32 w., Zahl der Abgänge 9 m., 14 w., darunter Todesfälle 3 m., 7 w. 240 Plätze, 1 Verpflegklasse. Direktor Dechant Johannes Kahlmeyer. Arzt: Dr. *Josef Löffler*. 1 Pfleger, 25 Schwestern, 3 Pflegerinnen. Gegründet 1905, in den Jahren 1910 und 1926 vergrößert. Außenfürsorge, Familienpflege. Offene Anstalt.

Eschweiler (Rheinprovinz)

Kreispflegehaus für alle Hilfsbedürftigen des Landkreises Aachen, einschließlich Geistesschwache und ruhige Geisteskranke.

230 Plätze. Eröffnet 1891. Arzt: San.-Rat Dr. *Peter Jannes*. Schwestern vom hl. Karl Borrom.

Essen (Rheinprovinz)

1. **Psychiatrische und Nervenklinik der städtischen Krankenanstalten in Essen.**

Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 42 m., 31 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 948 m., 464 w., Zahl der Abgänge 902 m., 433 w., darunter Todesfälle 40 m., 20 w. 105 Plätze, 3 Verpflegklassen. Ärzte: Dr. *Walter Baumann*, Chefarzt; Assistenzärzte: Dr. *Franz Luthe*, Dr. *Karl Schenkel*, Frau Dr. *Kuntze*. 10 Schwestern, 8 Pfleger. Eröffnet 1909. Zunächst bestand nur eine geschlossene Abteilung von 40 Betten, seit 1925 ist unter gleicher Leitung in dem früheren Krupp'schen Erholungshaus eine offene Nervenabteilung von ca. 65 Betten errichtet worden. Beratungsstelle für psychisch- und Nervenkranke in der Ambulanz. Geschlossene und offene Abteilung sind vollkommen voneinander getrennt.

2. **Knappschafts-Nervenkrankenhaus „Lührmann-Stiftung" in Essen.**

25 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 53 m., im Vorjahre Zahl der Zugänge 1377 m., Zahl der Abgänge 1380 m., darunter Todesfälle 1 m. 71 Plätze, 1 Verpflegklasse. Ärzte: Chefarzt Dr. *Max Rauschke*, Generaloberarzt a. D.; Assistenzärzte: Dr. *Johannes Reetz* und Dr. *Rudolf Fabry*. Verwaltung: Wilh. Löns. 4 Pflegepersonal. Gestiftet im Jahre 1905 von dem Essener Kaufmann Lührmann zur Unterbringung von Nervenkranken, 1921 von der Ruhrknappschaft in Bochum als Nervenkrankenhaus für im Bergbau beschäftigte Arbeiter und Angestellte eingerichtet. Offene Anstalt.

3. **Nervenstation am Philippusstift Essen-Borbeck.** Ebst. Essen-Borbeck.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 26 m., 19 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 210 m., 140 w., Zahl der Abgänge 199 m., 130 w., darunter Todesfälle 5 m., 3. w. 45 Plätze, 3 Verpflegklassen. Ärzte: Leitender Arzt Dr. *Ferdinand Segerath*, Facharzt für Nerven- und psychische Krankheiten; Assistenzarzt: Dr. *Jütz*. 2 Schwestern, 1 Pflegerin, 1 Krankenwärter. Gegründet 1925. Offene Anstalt mit geschlossener Abteilung.

4. **Waldsanatorium Dr. Hackländers in Essen-Bredeney a. d. Ruhr,** Waldstraße 42.

2½ Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 13 m., 15 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 87 m., 70 w., Zahl der Abgänge 75 m., 65 w., darunter Todesfälle 1 m. 30 Plätze, 1 Verpflegklasse. Arzt: Dr. *Hackländer*, Nervenarzt. 2 Pflegepersonal. Gegründet 1908. Offene Anstalt.

5. **Franz-Sales-Haus** des Vereins zur Erziehung und Pflege schwachsinniger, epileptischer, nervöser und schwer erziehbarer Kinder und Jugendlicher beiderlei Geschlechts. Essen, Schwanenbuschstr. 104—106.

Am 1. 1. 1928: 566 m., 354 w., Zöglinge, Zugang 1927: 70 m., 53 w., Abgänge 65 m., 46 w., darunter Todesfälle 10 m., 8 w. Geistl. Direktor Hermann Schulte-Pelkum. Chefarzt: Dr. *Hans Hegemann*; Assistenzart: Dr. *René Hofer*. 90 Schwestern, 66 Helferinnen. Gegründet 1884. Offene Anstalt. 1000 Plätze.

Etagnières (KantonWaadt, Schweiz)

Trinkerheilstätte Etagnières. Ebst. Etagnières (Lausanne-Echallens-Bercher).

60 Jucharten, 640 m hoch gelegen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 30 m., im Vorjahre Zahl der Zugänge 24 m., Todesfälle 2 m. 50 Plätze, 2 Verpflegklassen. Direktor Aloys Bocion. Anstaltsarzt Dr. *Theophile Gloor* in Echallens. 10 Pflegepersonen. 1898 gegründet. Beratungsstelle für psychisch und Nervenkranke im Asile de Cery bei Lausanne.

Etoy bei Lausanne (Kanton Waadt, Schweiz)

Asile de l'Espérance für schwachsinnige Kinder.

160 Plätze. Bestand am 1. 1. 1928: 81 Kn., 79 Mädch., Zugang 1927: 6 Kn., 2 Mädch., Abgang 7 Kn., 2 Mädch., darunter 2 m. Todesfälle. Direktion: Mlle Ch. Buchet, W. G. Vuilleumier-Buchet; Arzt: Dr. *Alfred Bergier*. 3 Pfleger, 19 Schwestern. Gegründet 1872.

Eupen (Rheinprovinz)

Irrenbewahranstalt, verbunden mit dem St. Nikolaus-Hospital.

Arzt: Dr. *Gerhard Kirsch*. Barmherzige Schwestern vom hl. Borrom. Eröffnet 1848 als Adnex des Spitals.

Euskirchen, Bezirk Köln (Rheinprovinz)

Provinzial- Fürsorgeerziehungsheim. Ebst. Euskirchen.

320 Morgen. Zahl der Zöglinge am 1. 1. 1928: 340 m., im Vorjahre Zahl der Zugänge 261 m., Zahl der Abgänge 267 m., darunter 1 Todesfall. 340 Plätze, 1 Verpflegklasse. Ärzte: San.-Rat Direktor Dr. *Max Lückerath*; Assistenzarzt: Dr. *Heinrich Stillger*. Eröffnet 1920. Das Heim dient zur Aufnahme von männlichen schulentlassenen Fürsorgezöglingen, hat ein Beobachtungshaus und ein Haus zur Erziehung für schwer erziehbare, abnorme Zöglinge. Der Direktor ist zugleich Landespsychiater für das rheinische Fürsorgeerziehungswesen.

Fellin (Livland)

Marienhof, Anstalt des Vereins zur Verpflegung der Idioten und Epileptiker in Livland.

109 ha. Arzt: Dr. *Ströhmberg*. Eröffnet 1897.

Flehingen (Baden)

Psychiatrische Beobachtungsabteilung der **Fürsorgeerziehungs-**Anstalt.

Leiter: Prof. Dr. med. *Gregor*.

Frankenthal, Pfalz (Bayern)

Psychiatrische Abteilung der Kreis-Kranken- und Pflege-Anstalt Frankenthal. Ebst. Frankenthal. Rheinpfalz.

4 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 289 m., 226 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 151 m., 80 w., Zahl der Abgänge 139 m., 86 w., darunter Todesfälle 20 m., 34 w. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Oberarzt Dr. *Heinrich Resch*; Anstaltsärzte: Dr. *Hermann Schröder* und Dr. *Hans Heene*; Assistenzarzt Dr. *Walter Schmelz*. 46 Pfleger, 51 Pflegerinnen. Gegründet 1809. Außenfürsorge, Beratungsstelle für psychisch und Nervenkranke in Frankenthal und Ludwigshafen a. Rh. Geschlossene Anstalt.

Frankfurt a. M. (Provinz Hessen-Nassau)

1. Städtische Heilanstalt, **Psychiatrische und Nervenklinik der Universität in der Städt. Heilanstalt.**

5,5 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 161 m., 150 w., im Vorjahr Zahl der Zugänge 1119 m., 679 w., Zahl der Abgänge 1110 m., 689 w., darunter Todesfälle 84 m., 78 w., 190 Plätze für Nerven- und Geisteskranke (darunter 20 für Kinder), außerdem 120 Plätze als Altersheim, 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. *Karl Kleist*, o. Prof. der Psychiatrie und Neurologie der Universität Frankfurt a. M.; Oberärzte: San.-Rat Dr. *P. Geelvink*, Privatdozent Dr. *R. Hahn*, Privatdozent Dr. *E. Fünfgeld*; Assistenzärzte: Dr. *Hans Strauß*, Dr. *Ernst Herz*; Wissenschaft-

liche Assistenten: Dr. *E. Beck*, Dr. *C. Fleischhacker*, Dr. *E. Scheidtrer*. 40 Pfleger, 39 Pflegerinnen. Die Anstalt wurde 1864 auf Betreiben von Dr. *Hoffmann* (*Struwwelpeter-Hoffmann*) mit Hilfe von Stiftungen und freiwilligen Beiträgen erbaut und bis 1889 von ihm als Direktor geleitet, dann unter Prof. Dr. *Sioli* (1889 bis 1919) mehrfach erweitert und modernisiert. Im Herbst 1914 wurde sie der Universität Frankfurt a. M. als Klinik von der Stadt zur Verfügung gestellt und gemäß den Anforderungen von Unterricht und Forschung ausgebaut und ausgestattet. Außenfürsorge durch Poliklinik und Fürsorgestelle für Gemüts- und Nervenkranke, Leitung Prof. Dr. *Raecke*. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen.

2. Nervenheilanstalten der Stadt Frankfurt a. M. zu Köppern im Taunus. Ebst. Köppern.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 82 m., 54 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 553 m., 501 w., Zahl der Abgänge 557 m., 490 w., darunter Todesfälle 6 m., 3 w. 205 Plätze, 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. *Max Meyer*, Stellvertreter des Direktors; Oberarzt: Dr. *H. D. v. Witzleben*; Assistenzärzte: Dr. *Fritz Mosbacher* und Dr. *Fritz Lachs*. 20 Pfleger, 20 Schwestern, 1 Oberpfleger, 1 Oberschwester. 1901 als Trinkerheilstätte gegründet, 1914 als Filiale der städt. Heilanstalt Frankfurt a. M. eingerichtet als Nervenheilstätte, seit 1918 selbständige Heilstätte für psychisch und Nervenkranke. Offene Anstalt.

3. Neurologisches Institut der Universität Frankfurt a. M., Gartenstraße 229 (Städt. Krankenhaus).

Direktor: Prof. Dr. *Kurt Goldstein*; Assistenten: Dr. *Benno Slotopolsky*, Dr. *Friedr. Kino*, Dr. *Hans Cohn*, Dr. *Friedr. S. Rothschild*. Gründungsjahr 1904. Der Aufgabenkreis des Institutes umfaßt folgende Gebiete: a) Makroskopische und mikroskopische Anatomie des normalen wie des pathologisch veränderten Zentralnervensystems. b) Neurologisch-klinische Untersuchungen. c) Psychologische und psychopathologische Untersuchungen. (Dem Institut angegliedert ist das Institut zur Erforschung von Hirnverletzungen.)

Freiburg i. Brg. (Baden)

Psychiatrische und Nervenklinik der **Universität** Freiburg, Baden.

1,80 ha. Psychiatrische Klinik: Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 49 m., 49 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 347 m., 248 w., Zahl der Abgänge 361 m., 256 w., darunter Todesfälle 34 m., 21 w. Nervenklinik: Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 16 m., 14 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 336 m., 225 w., Zahl der Abgänge 334 m., 218 w., darunter Todesfälle 1 m., 1 w. 120 Plätze in der psychiatrischen Klinik, 34 Plätze in der Nervenklinik, 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Geh. Hofrat Prof. Dr. *Alfred Hoche*, Oberärzte: Prof. Dr. *Egon Küppers* und Dr. *Robert Veit*; Assistenzärzte: Privatdozent Dr. *Robert Wartenberg*, Dr. *Adolf Friedemann*; Hilfsärzte: Dr. *Otto Feldmann*, Dr. *Hans Mysliwiec*. 27 Pfleger, 22 Pflegerinnen. Die psychiatrische Klinik wurde 1887, die Nervenklinik

1909 eröffnet. Ambulanz bei der Klinik. Gechlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Freiburg (Schlesien)

Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Freiburg (Niederschlesien). Ebst. Freiburg Bez. Breslau. (Geisteskranke, Schwachsinnige und Epileptiker.

151 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 248 m., 308 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 170 m., 156 w., Zahl der Abgänge 148 m., 160 w., darunter Todesfälle 15 m., 22 w. 665 Plätze, 1 Verpflegklasse. Ärzte: Direktor Dr. *Walter von Schuckmann*, erster Oberarzt Dr. *Karl Dodillet*; Oberärzte: Dr. *Josef Stein*, Dr. *Georg Kügler*; Abteilungsarzt Dr. *Friedrich Kaiser*; Volontärärztin: Dr. *Anneliese Matzky*. 45 Pfleger, 53 Pflegerinnen. Außenfürsorge, Familienpflege. Der Anstalt angegliedert ist eine Erziehungsabteilung für bildungsfähige und eine Pflegeabteilung für bildungsunfähige schwachsinnige Kinder (Zahlen oben eingerechnet). Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Freienwalde a. d. Oder (Provinz Brandenburg)

Sanatorium für Nervenkranke in Bad Freienwalde a. d. Oder. Ebst. Bad Freienwalde a. d. Oder.

60 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 3 m., 4 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 38 m., 66 w., Zahl der Abgänge 35 m., 62 w., darunter Todesfälle 1 m., 1 w. 18 Plätze, 1 Verpflegklasse. Arzt: Dr. *Eduard Zenker*, Nervenarzt. 1 Schwester. Gegründet 1912. Offene Privatanstalt.

Freudenstadt (Württemberg)

Haus Hohen-Freudenstadt, Sanatorium Dr. Bauer in Freudenstadt. Ebst. Freudenstadt am Schwarzwald.

35 Plätze, 1 Verpflegklasse. Arzt: Dr. med. *Joachim Bauer*. 1 Pfleger und 1 Schwester. Gegründet 1924. Offene Anstalt für Nerven- und innere Krankheiten.

Friedrichsfeld bei **Hamdorf,** Kr. Rendsburg (Prov. Schleswig-Holst.)

Privatanstalt für weibl. Nerven- und Gemütskranke.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 17 Plätze. Vorsteherin: Cäcilie Clausen; Arzt: Dr. *Marsch*. 3 Schwestern. Gründungsjahr 1882. Geschlossene Anstalt.

Fürstenwalde a. d. Spree (Provinz Brandenburg)

1. **Heilstätte Waldfrieden** für alkoholkranke Männer.

120 ha. 1911: 178 Plätze, 2 Verpflegklassen. Arzt: Dr. *W. Spliedt*.

18 Pfleger. 1900 als offene Anstalt eröffnet, 1905 durch offene und geschlossene Abteilungen erweitert.

2. **Buschgarten bei Fürstenwalde.** Sonnenheim für geistig zurückgebliebene Kinder.

Fulda (Provinz Hessen-Nassau)

St. Antonius-Heim, Unterrichts-, Erziehungs- und Pflegeanstalt für schwachsinnige und geistig Zurückgebliebene.

4 ha. 180 Plätze. Bestand am 1. 1. 1928: 81 m., 84 w., Zugang 1927: 14 m., 16 w. Abgänge 8 m., 7 w. ,darunter Todesfälle 3 m., 2 w. Arzt: Dr. *Franz Stegmaier*. 22 Schwestern, 2 Pfleger. Eröffnet 1904. Geschlossene Anstalt.

Fußbach bei **Schönberg** (Baden)

Kreispflegeanstalt Fußbach. Ebst. Schönberg (Amt Offenburg).

2 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 173 m., 154 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 57 m., 29 w., Zahl der Abgänge 52 m., 30 w., darunter Todesfälle 25 m., 17 w. 335 Plätze, 1 Verpflegklasse. Anstaltsarzt: Dr. *Josef Gissler*, Gengenbach. 17 Schwestern, 1 Wärter. 1873 mit 15 Pfleglingen eröffnet.

Gabersee bei **Wasserburg** am Inn (Bayern)

Oberbayerische Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Wasserburg am Inn — Bahnhof.

285 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 345 m., 367 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 109 m., 128 w., Zahl der Abgänge 89 m., 119 w., darunter Todesfälle 22 m., 24 w., 753 Plätze, 1 Verpflegklasse. Ärzte: Direktor O. M. R. Dr. *Friedrich Utz*, Stellvertreter des Direktors, Oberarzt Dr. *Heinrich Lössl*; Oberärzte: Dr. *Hans Weinberger* und Dr. *Karl Steichele*, Anst.-Oberarzt auf Dienstvertrag: Dr. *Theodor Herzberg*. 52 Pflegerinnen, 19 Ordensschwestern, 75 Pfleger. Gegründet 1883 nach Altscherbitzer Muster als koloniale Anstalt mit besonderer Betonung der landwirtschaftlichen Beschäftigung der Kranken. Außenfürsorge, Beratungsstelle für psychisch und Nervenkranke. Geschlossene Anstalt.

Galkhausen bei **Langenfeld** (Rheinland)

Rheinische **Provinzial**-Anstalt. Ebst. Langenfeld (Rheinland).

126 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 195 m., 229 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 166 m., 150 w., Zahl der Abgänge 56 m., 83 w., darunter Todesfälle 19 m., 27 w. 1000 Plätze, 1 Verpflegklasse. Ärzte: Direktor Dr. *Georg Beyerhaus*; Oberärzt e: Dr. *Eugen Förster*, Dr. *Arthur Schwan* und Dr. *Paul Drews*; Anstaltsarz : Dr. *Richard Settels*. 17 Pfleger

32 Pflegerinnen. Gegründet 1900 als koloniale Anstalt mit Pavillon und Offentürsystem. Außenfürsorge nach Gelsenkirchener System. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Seit 1923 ist die eine Hälfte der Anstalt Fürsorgeerziehungsanstalt für 400 schulpflichtige Knaben.

Gallneukirchen bei **Linz a. d. Donau** (Oberösterreich)

Abteilung für geisteskranke und nervenleidende Frauen im **Martinstift** der evangelischen Diakonissenanstalt Gallneukirchen.

Zahl der Kranken einschließlich Kinderabteilung u. offene Häuser f. Schwachsinnige am 1. 1. 1928: 37 m. 73 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 7 m., 22 w., Zahl der Abgänge 4 m., 19 w., darunter Todesfälle 3 m., 3 w. 122 Plätze, 2 Verpflegklassen. Vorsteher und Rektor der Diakonissenanstalt Pfarrer und Senior D. Friedrich Saul, Konrektor Prof. Brettl, Anstaltsarzt Dr. *Wilhelm Pokorny*. 6 Pflegeschwester n,5 Probeschwestern, 3 Pfleger. Gegründet 1877. Außenfürsorge durch Gemeindeschwestern. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Gandersheim (Braunschweig)

Psychiatrische **Familienpension** Dr. F. Brunotte, Gandersheim a. Harz.

3 Plätze. 1 Pflegerin. Villa mit Park.

Gangelt (Kreis Geilenkirchen, Rheinprovinz)

Heil- und Pflegeanstalt **Maria-Hilf** für weibl. Schwachsinnige.

Am 1. 1. 1928: 351 Kranke, Zugänge 1927: 82, Abgänge: 21, darunter Todesfälle 2. 0,5 ha. 365 Plätze, 2 Verpflegklassen. Arzt: Dr. *Flohr*. 31 Schwestern. Eröffnet 1891.

Gemünden am Main (Unterfranken, Bayern)

St. Josephs-Haus, Bildungs- und Pflegeanstalt für Schwachsinnige.

170 Plätze. Arzt: Dr. *Herberich*. Eigentümer I. M. Herberich. Schwestern vom heiligen Erlöser in Würzburg. Eröffnet 1882.

Genf, Kanton Genf (Schweiz)

Asile **cantonal** de Bel-Air, Chêne, zugleich psychiatrische **Klinik.**

Bestand am 1. 1. 1928: 158 m., 230 w., Zugang 1927: 135 m., 131 w., Abgänge 137 m., 117 w., darunter Todesfälle 20 m., 19 w. 486 Plätze- 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Prof. Dr. *Charles Ladame*; Oberärzte: Dr. *Georges de Morsier*, Dr. *Jean Sebastian Cart*; Interne: Dr. *Ferdinand Morel*, *Dresse Irma Marton*. 46 Wärter, 53 Wärterinnen. Eröffnet 1900.

Gera (Thüringen)

Kreiskrankenhaus und **Sanatorium** des Landkreises Gera in Gera-Milbitz. Ebst. Gera, Hauptbahnhof.

4 ha. Im Sanatorium: Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 46 m., im Vorjahre Zahl der Zugänge 460 m., 12 w., Zahl der Abgänge 460 m., 12 w., darunter Todesfälle —. 50 Plätze, 3 Verpflegklassen. Arzt: Dr. med. *Tiling*, Facharzt für Nervenkrankheiten. 1 Stationsschwester mit Hilfskräften. Gegründet 1900. Offene Anstalt. Behandlung von Neurosen, Erschöpfungszuständen, leichten organischen Nervenleiden, keine Geistesstörungen.

Gernrode (Anhalt)

Sanatorium Dr. Facklams für Nervenkranke.

Leiter Dr. *Kaltenbach* in Gernrode.

Gießen (Hessen)

1. **Universitätsklinik** für nervöse und psychische Krankheiten. Gießen, Am Steg 18.

10 000 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 36 m., 31 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 660 m., 282 w., Zahl der Abgänge 662 m., 283 w., darunter Todesfälle 23 m., 11 w. 100 Plätze, 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Geh. Med.-Rat Prof. Dr. med. et phil. *Robert Sommer*, Oberarzt Privatdozent Dr. *Alfred Storch*; Assistenzärzte: Dr. *Franz Kapp*, Dr. *Josef Jacobi*, Dr. *Irmgard Guschnar*, Dr. *Alois Müller*, Dr. *Rudolf Rosner*. 26 Pfleger, 26 Pflegerinnen. Eröffnet 1896. Außenfürsorge durch die Hilfsvereine Hessens. Poliklinik. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

2. Hessische **Landes**heil- und Pflegeanstalt, Gießen, Licherstraße 106.

94 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 245 m., 218 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 126 m., 53 w., Zahl der Abgänge 130 m., 47 w., darunter Todesfälle 16 m., 9 w. 506 Plätze, 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Med.-Rat Dr. *Karl Oswald*; Oberärzte: Med.-Rat Dr. *Karl Scriba* und Med.-Rat Dr. *Clemens Frank*; Assistenzärzte: Dr. *Carl Cohnen*, Dr. *Hugo Sander*. 113 Pflegepersonal. Gründungsjahr 1905. Die Anstalt enthält ein festes Haus zur Verpflegung schwer zu verwahrender vorwiegend krimineller Geisteskranker mit antisozialen Tendenzen für den ganzen Volksstaat Hessen und eine offene Nervenheilstätte mit Beratungsstelle für Nervenkranke.

3. Hessische **Heilstätte** für Nervenkranke in Gießen, Licherstraße 106.

1830 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 27 m., 18 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 349 m., 162 w., Zahl der Abgänge 359 m., 158 w., darunter Todesfälle 1 m. 70 Plätze, 2 Verpflegklassen. Leiter Med.-Rat

Dr. *Wilhelm Bausch*, Assistenzarzt Dr. *Fritz Hoffmann*. 4 Pfleger, 2 Pflegerinnen. Eröffnet 1919. Offene Anstalt.

4. Oberhessische **Provinzial**-Pflege-Anstalt, Gießen.

18 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 125 m., 91 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 39 m., 23 w., Zahl der Abgänge 19 m., 24 w., darunter Todesfälle 9 m., 9 w. 300 Plätze, 2 Verpflegklassen. Direktor Georg Jung. Ordinierender Arzt: Dr. med. *Adolf Hofmann*. 2 Schwestern, 12 Pflegerinnen. Gegründet 1903. Offene Anstalt.

Gifhorn (Provinz Hannover)

Stift Isenwald. Heilstätte für alkoholkranke Männer.

10 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 20 m., im Vorjahre Zahl der Zugänge 42 m., Zahl der Abgänge 42 m., darunter Todesfälle —. 40 Plätze, 1 Verpflegklasse mit Zimmern 1. bis 3. Klasse. Anstaltsvorsteher Pastor Fiesel. Anstaltsarzt Dr. *Kurt Gerbracht* in Gifhorn. Die Pflege wird von den Hauseltern besorgt. Gegründet 1901 als Wohlfahrtsanstalt des Vereins für Trinkerrettung in Hannover, Schiffgraben 6. Offene Anstalt.

Gimel (Kanton Waadt, Schweiz)

Asile de la Rosière für chron. Geisteskranke.

Bestand am 1. 1. 1928: 90 m., 65 w., Zugänge 1927: 11 m., 18 w., Abgänge 6 m., 12 w., darunter Todesfälle 2 m., 9 w. 160 Plätze. 1 Verpflegklasse. Direktor: Prof. Dr. *H. Preisig*, Bois de Cery; Anstaltsarzt: Dr. *Ch. Müller*. Gegründet 1920. 9 Wärter, 7 Wärterinnen. Die Anstalt ist eine Dependance von Bois de Cery unter gleicher Direktion.

Bad Gleisweiler bei **Landau** (Pfalz)

Sanatorium für Nerven- und Stoffwechselkranke.

60 Morgen. Zahl der Zugänge im Jahre 1927: 372 m., 403 w., Zahl der Abgänge 372 m., 403 w., darunter Todesfälle —. 60 Plätze, 2 Verpflegklassen. Dirigierender Arzt: San.-Rat Dr. *Karl Hoenes*; 2. Arzt: Dr. *Fritz Eidt*. 2 Pflegepersonal. 1844 als Kaltwasserheilanstalt gegründet. Offene Anstalt.

Goddelau (Provinz Starkenburg, Hessen)

Hessische **Landes**-Heil- und Pflegeanstalt **„Philippshospital"** bei Goddelau. Ebst. Goddelau-Erfelden (Frankfurt-Mannheim). Staatl. Anstalt für Geisteskranke, Schwachsinnige, Epileptiker und Trunksüchtige.

80 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 580 m., 535 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 183 m., 180 w., Zahl der Abgänge 146 m., 181 w., darunter Todesfälle 44 m., 54 w. Zahl der Plätze 1100, 3 Verpflegklassen.

Ärzte: Direktor Dr. Hermann *Schneider*; Oberärzte: Med.-Rat Dr. *Adolf Lindenborn*, Med.-Rat Dr. *Josef Peters*, Med.-Rat Dr. *August Dannenberger*, Med.-Rat Dr. *Ernst Illert*; Anstaltsärzte: Med.-Rat Dr. *Otto Meyer*, Med.-Rat Dr. *Carl Kinsberger*; Assistenzärzte: Dr. *Friedrich Koch* und Dr. *Hans Lisch*. 152 Pfleger, 121 Schwestern. Gegründet 1533 von Landgraf Philipp dem Großmütigen, zuerst als Siechenhaus, dann Anstalt für Geisteskranke, im 18. und 19. Jahrhundert erweitert, von 1884 bis 1902 völlig neu gebaut. Familienpflege. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Goldbach bei Küsnacht, Kanton Zürich

Kellersche Erziehungsanstalt für bildungsfähige weibl. Schwachsinnige.

Am 1. 1. 1928: 22 Kranke, Zugänge 1927: 2, Abgänge 5. 25 Plätze. 1 Verpflegklasse. Vorsteherin Frl. Caroline Brandenberger. 2 Lehrerinnen, 1 Pflegerin. Offene Anstalt, gegründet 1849.

Göppingen (Württemberg)

Privat-Heilanstalt **Christophsbad** für Nerven- und Gemütskranke. Ebst. Göppingen.

100 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 174 m., 202 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 143 m., 190 w., Zahl der Abgänge 114 m., 149 w., darunter Todesfälle 18 m., 25 w. 450 Plätze, 3 Verpflegklassen. Leitender Arzt: Dr. *F. Glatzel*; Oberarzt: Dr. *Karl John*; Ass. Ärzte: Dr. *Werner Liebendörfer*, Dr. *Lothar Gärtner* und Dr. *Hans Friese*. 1 Pflegeperson für 5—6 Patienten. 1852 gegründet von Med.-Rat Dr. *H. Landerer*.

Görden (Provinz Brandenburg)

Brandenburgische **Landesanstalt**. Ebst. Görden und Brandenburg a. d. H., Reichsbf.

176 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 581 m., 1272 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 397 m., 251 w., Zahl der Abgänge 286 m., 254 w., darunter Todesfälle 30 m., 64 w. 2159 Plätze, 4 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor San.-Rat Dr. *Riebeth*; 1. Oberarzt: Dr. *Franz Viedenz*; Oberärzte: Dr. *Walter Spliedt*, Dr. *Walther Schulze*, Dr. *Alfons Michalke*, Dr. *Felix Großmann*, Dr. *Hans Hussels*, Dr. *Wilhelm Schott*, Dr. *Paul Honekamp*; Ass. Arzt: Dr. *Hans Hemstedt*. 143 Pfleger, 253 Pflegerinnen. Gegründet 1914. Geschlossene Anstalt.

Görlitz (Niederschlesien)

1. **Sanatorium Dr. Kahlbaum.** Offenes Kurhaus, Heilanstalt, ärztliches Pädagogium in Görlitz, Schillerstr. 14.

18 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 59 m., 34 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 110 m., 63 w., Zahl der Abgänge 103 m., 57 w.,

darunter Todesfälle 4 m. 130 Plätze, 2 Verpflegklassen. Ärzte: San.-Rat Dr. *Siegfried Kahlbaum*, Dr. *Josef Reis*, Dr. *Helmut Krauß*, Dr. *Hanna Irschick*. 42 Pfleger und Schwestern, 12 nebenamtlich wirkende Lehrer und Geistliche. 1855 von San.-Rat Dr. *Reimer* als Heilanstalt für Epileptiker gegründet, 1867 Übernahme der Anstalt durch Dr. *Karl Kahlbaum*, der es zu einem Universal-Nervensanatorium zur Behandlung und Pflege nervös und psychisch kranker Damen und Herren sowie Jugendlicher umwandelte. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

2. Geisteskrankenabteilung (Beobachtungsstation) im Städt. **Siechenhaus** Görlitz.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 2 m., 1 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 67 m., 40 w., Zahl der Abgänge 45 w., 41 w., darunter Todesfälle 2 m., 3 w. 8 Plätze, 1 Verpflegklasse. Arzt: Dr. med. *Gerhard Lisco*, Nervenarzt. 3 Schwestern. Gegründet 1872. Geschlossene Beobachtungsstation.

Göttingen (Hannover)

1. **Provinzial**-Heil- und Pflege-Anstalt und **Provinzial**-Verwahrungshaus für unsoziale Geisteskranke.

76 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 388 m., 222 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 204 m., 160 w., Zahl der Abgänge 177 m., 140 w., darunter Todesfälle 32 m., 34 w., 597 Plätze, 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Landesobermedizinalrat Geh. Med.-Rat Prof. Dr. *Ernst Schultze*; 1. Oberarzt: Landes-Med.-Rat Dr. *Paul Fröhlich*, Direktor des Verwahrungshauses; Oberärzte: Dr. *Rembert Richard*, Dr. *Ernst Maschmeyer*, Dr. *Karl Kahle*. 89 Pfleger, 38 Pflegerinnen. Gegründet 1866. Die Anstalt diente von Anfang an gleichzeitig dem psychiatrischen Unterricht. Außenfürsorge, Familienpflege. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

2. **Provinzial-Erziehungsheim** Göttingen der Provinzial-Verwaltung Hannover.

5 ha. Zahl der Insassen am 1. 1. 1928: 90 m., im Vorjahre Zahl der Zugänge 100 m., Zahl der Abgänge 100 m., darunter Todesfälle —. 95 Plätze, 1 Verpflegklasse. Direktor: Dr. med. *Rudolf Redepenning*. 1 Hausvater, 6 Abt.-Erzieher, 7 Erzieher, 1 Erziehungsgehilfe. 1912 gegründet für schwer erziehbare männliche schulentlassene Minderjährige, meist Psychopathen. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Goslar (Provinz Hannover)

Sanatorium Theresienhof. Ebst. Goslar.

3 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 2 m., 14 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 46 m., 72 w., Zahl der Abgänge 46 m., 68 w., darunter Todesfälle —. 40 Plätze, 1 Verpflegklasse. Arzt: San.-Rat Dr. *Hugo Gellhorn*, Nervenarzt. 1 Schwester, 1 Masseur. Gegründet 1892. Offene Anstalt.

Graz (Steiermark, Österreich)

1. Neurologisch-psychiatrische Klinik der **Universität** Graz.

2431 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 77 m., 88 w., Zugänge im Vorjahr 1147 m., 824 w., Abgänge 1128 m., 825 w., darunter Todesfälle 37 m., 30 w. 180 Plätze, 3 Verpflegklassen. Ärzte: Dr. *Fritz Hartmann*, Vorstand der Nervenklinik, Primararzt d. Landesabteilung, ordentl. Univ. Professor Dr *Max de Crinis*, stellvertr. Vorstand u. Assistent der Klinik, a. o. Professor; Dr. *Eduard Phleps*, Oberarzt der landschaftlichen Abteilung, Dr. *Paul Ludewig*, Dr. *Ernst Hofmann*, Dr. *Karl Mayr*, Dr. *Willibald Lampar*, Leiter des diagnost. Ambulatoriums, Dr. *Alfred Kalmann*, Leiter des therapeutischen Ambulatoriums, Dr. *Margarethe Henter*, Dr. *Hans Koß*, Demonstrator der Univ. Nervenklinik, 1 Volontärmediziner, 4 Sekundarärzte, welche dreimonatlich wechseln. 15 Schwestern, 9 Pfleger, 23 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1870. Zuerst als Lehrkanzel begründet mit Vorlesungen in der Landesirrenanstalt in Feldhof bei Graz. Dann 1874 Begründung einer Beobachtungsabteilung im Landeskrankenhause in Verbindung mit der Lehrkanzel. 1878 Schaffung einer offenen Nervenstation und Ambulanz. 1912 Neubau der vereinigten Universitäts-Nervenklinik und Abteilung. Vorstände: 1870—1872 Czermak, 1873 bis 1889 v. Krafft-Ebing, 1889—1893 Wagner von Jauregg, 1893—1905 Gabriel Anton, seit 1905 Fritz Hartmann. Ambulanz. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

2. **Landes**-Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke. **Am Feldhof,** Post Graz.

50 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 603 m., 580 w., Zugänge im Vorjahr 560 m., 404 w., Abgänge 503 m., 350 w., darunter Todesfälle 92 m., 85 w. 1000 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. *Otto Haßmann*; Abt.-Vorstände: Dr. *Bernhard Spitzmüller*, Dr. *Ludwig Maresch*, Dr. *Franz Sorger*; Abt.-Ärzte: Dr. *Hans Machan*, Dr. *Richard Weeber*, Dr. *Erich Morawek*, Dr. *Ernst Sorger*, Dr. *Hans Mayr*, Dr. *Anton Skosscheni*, Dr. *Richard Hussa*. 28 barmherzige Schwestern, 62 Pfleger, 134 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1873. Richard Freiherr v. Krafft-Ebing (1873—1880) schrieb hier im Feldhof sein Lehrbuch der Psychiatrie. Geschlossene Anstalt.

Greiffenberg (Provinz Schlesien)

Sanatorium **Birkenhof** für Nerven- und innere Krankheiten bes. Stoffwechselkrankheiten.

Das Sanatorium ist seit Januar 1925 Eigentum der Reichsversicherungsanstalt, das ganze Jahr voll belegt, 145—150 Patienten, durchschnittlich $^2/_3$ Damen, $^1/_3$ Herren. Privatpatienten werden nicht aufgenommen. Chefarzt: Dr. *Diehl*; Oberärzte: Dr. *Georg Viktor*, Dr. *Rein*, Dr. *Werner Hüßlich*, Frl. Dr. *Flora Gottlieb*. 4 Schwestern. 1925 von der Reichsversicherung angekauft.

Greifswald (Provinz Pommern)

Psychiatrische und Nervenklinik der **Universität** Greifswald.

4 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 28: 61 m., 48 w., Zugänge im Vorjahr 558 m., 243 w., Abgänge 497 m., 195 w., darunter Todesfälle 13 m. 15 w. Höchstbelegungszahl 130. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor a. o. Professor Dr. *Edmund Forster*; Oberarzt: a. o. Professor Dr. *Hans Krisch*; Ass. Ärzte: Dr. *Konrad Zucker*, Dr. *Arnold Marienfeld*, Dr. *Julius Zádor*, Dr. *Ernst Neumann*, Dr. *Nikolaus Seebach*, Dr. *Erich Bergk*. 19 Pfleger, 3 Schwestern, 14 Pflegerinnen. Offene Anstalt. Beratungsstelle für psychisch und Nervenkranke.

Gremsdorf (Oberfranken, Bayern)

Wohltätigkeits- und Pflegeanstalt der Barmh. Brüder in Gremsdorf b. Höchstadt a. d. Aisch für Idioten, Epileptiker und sonst. männl. Pflegebedürftige.

Zirka 4 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 276, Zugänge im Vorjahr 48 m , Abgänge 41, darunter Todesfälle 27. 300 Plätze. 2 Verpflegklassen. Senft Anicet, Prior und Anstaltsvorstand; Ober-Med.-Rat Dr. *Richard Günther*, Anstaltsarzt. 25 Pflegebrüder. Gründungsjahr 1896. Geschlossene Anstalt mit offener Abt. (Privat).

Großhennnersdorf (Sachsen)

„Katharinenhof“, Landesanstalt für bildungsunfähige schwachsinnige Kinder.

58 ha. Am 1. 1. 1927: 129 Kn., 91 M., Zugänge im Vorjahr 47 Kn., 39 M., Abgänge 40 Kn., 21 M., darunter Todesfälle 10 Kn., 8 M. 1 Verpflegklasse. 225 Plätze. Direktor: Ober-Med.-Rat Dr. *Ewald Meltzer*. 12 Schwestern, 38 Wärterinnen, 2 Wärter. 1721 als Waisenhaus gegründet von Sophie v. Gersdorf, nach deren Mutter „Katharinenhof“ genannt. Später Herrnhuter Erziehungsanstalt, 1838 in Staatsbesitz übergegangen, erst Landeswaisenhaus, dann Korrektionsanstalt für Jugendliche, dann Erziehungsanstalt für schwachsinnige Knaben, 1909—1911 umgebaut zur Pfleganstalt für bildungsunfähige schwachsinnige Kinder. Familienpflege. Beratungsstelle für psychisch und Nervenkranke.

Großschweidnitz bei **Löbau** (Sachsen)

Staatliche Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Großschweidnitz.

160 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 345 m., 391 w. Zugänge im Vorjahr 197 m., 171 w. Abgänge 177 m., 150 w., darunter Todesfälle 29 m., 39 w. 734 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Geh. Med.-Rat Dr. *Curt Ackermann*, stellvertr. Dir. Reg.-Med.-Rat Dr. *Richard Spaar*, Reg.-Med.-Räte: Dr. *Otto Krekeler*, Dr. *Günther Langer*, Dr. *Timann*, 1 Hilfsarzt: Dr. *Franke*. 49 Pfleger, 52 Schwestern und Hilfspflegerinnen. Gründungsjahr 1902. Geschlossene Anstalt mit offn. Abteilung. Außenfürsorge. Familienpflege.

Grotenburg, Hiddesen bei Detmold

Teutoburgerwald-Sanatorium Grotenburg.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 3 m., 5 w., Zugänge im Vorjahr 112 m., 135 w., Abgänge 109 m., 130 w., darunter Todesfälle 1 m. 45 Plätze. 1 Verpflegklasse. Leiter Dr. med. *Manfred Fuhrmann.* 1 Schwester, 1 Bademeister, 1 Bademeisterin. 1907 gegründet. Offene Anstalt.

Grunbach bei Stuttgart (Württemberg)

Privat-Pflegeanstalt für weibl. Geisteskranke.

Eröffnet 1884. 1911: 10 Plätze. Arzt: Dr. *Köstlin* in Schorndorf.

Gschwendt bei Neuhofen (Oberösterreich)

Oberösterr. Landes-Irrenbewahranstalt. Ebst. Neuhofen a. d. Krems.

10 Joch. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 15 m., 89 w., Zugänge im Vorjahr 2 m., 16 w., Abgänge 3 m., 8 w., darunter Todesfälle 3 m. 100 Plätze. 1 Verpflegklasse. Behandelnder Arzt: Dr. *Hessl* in Neuhofen. Die Anstalt steht unter Leitung des Direktors der Landes-Heil- und Pfleganstalt Niedernhart b. Linz: Dr. *Josef Böhm* und bekommt die Kranken über Niedernhart. 3 Pfleger, 8 Schwestern. Gründungsjahr 1894.

Guben (Brandenburg)

Naemi Wilkestift, Krankenhaus und ev.-luth. Diakonissen-Anstalt. Abteilung für weibl. Idioten und Schwachsinnige.

Bestand am 1. 1. 1928: 82, Zugänge 1927: 8, Abgänge 7. Ärzte: Chefarzt San.-Rat Dr. *Franz Ayrer*, Oberarzt Dr. *Ludwig Matties*; Ass.-Arzt Dr. *Bücher.* 4 Schwestern. Offene Anstalt.

Gugging bei Wien (Niederösterreich)

1. **N.-Ö. Landes-Irrenanstalt.** Ebst. Klosterneuburg-Kierling (Franz Josefsbahn).

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 554 m., 504 w. Zugänge 1927: 361 m., 326 w., Abgänge 308 m., 301 w., darunter Todesfälle 41 m., 53 w. 950 Plätze. Verpflegklasse III. Ärzte: Direktor Reg.-Rat Dr. *Hans Schnopfhagen*; Primarärzte: Dr. *Hans Eglauer*, Dr. *Josef Gasser*, Dr. *Karl Seidl*, Dr. *Karl Krasser*, Dr. *Ludwig Küttel.* 72 männliche, 64 weibliche Pflegepersonen. Gegründet 1885. Erweiterungsbau 1895—96.

2. **N.-Ö. Landes-Pflege- und Beschäftigungsanstalt** für schwachsinnige Kinder als Anhang der n.-ö. Landesirrenanstalt Gugging.

Direktion gemeinsam mit der Landesirrenanstalt. Abteilungsvorstand: Primarius Dr. *Karl Seidl.* 28 Ordensschwestern, 18 Hausgehilfinnen. Zahl der Pfleglinge am 1. 1. 1928: 190 Knaben, 108 Mädchen, Zugänge

1927: 46 Knaben, 31 Mädchen, Abgänge 47 Knaben, 31 Mädchen, darunter Todesfälle 13 Knaben, 10 Mädchen. Eröffnung 1896.

Günzburg a. d. D. (Bayern)

Kreis-Heil- und Pflegeanstalt. Bahnstat. Günzburg a. d. D.

113 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 205 m., 225 w. Zugänge im Vorjahr: 76 m., 66 w., Abgänge 67 m., 65 w., darunter Todesfälle 7 m., 10 w. 460 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Ober-Med.-Rat Dr. *Edwin Harlander*; Oberärzte: Dr. *Gottfried Edenhofer*, Dr. *Albert Sighart*. 44 Pfleger, 46 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1915. Geschlossene Anstalt. Beratungsstelle für psychisch und Nervenkranke.

Gütersloh (Westfalen)

Provinzial-Heilanstalt für Geisteskranke. Ebst. Gütersloh der Strecke Berlin—Köln.

Grundbesitz: ca. 179 ha. Zahl der Kranken am 1. 4. 1928: 388 m., 489 w., Zugänge im Vorjahr: 249 m., 207 w., Abgänge: 130 m., 154 w., darunter Todesfälle 34 m., 37 w. 1000 Plätze. Ausbau auf 1450 Plätze begonnen. Vorläufig eine, nach Ausbau zwei Pflegeklassen. Ärzte: Direktor Prov.-Ober-Med.-Rat Dr. *Hermann Simon*; Oberärzte: Prov.-Med.-Rat Dr. *Otto Kanis*; Assistenzärzte: Dr. *Helene Silberschmidt*, Dr. *Arno Klopfer*, Dr. *Wilhelm Kemper*. Pflegepersonal: 138. Eröffnet 1920. Ausgedehnte Beschäftigungsmöglichkeiten für alle Kranken. Planmäßige Heilerziehung. Geschlossene Anstalt.

Haar bei **München**

Oberbayrische Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Haar.

36 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 365 m., 437 w. und 47 geistig abnorme Kinder. Zugänge im Vorjahr: 147 m., 157 w. und 45 Kinder, Abgänge 118 m., 130 w. und 54 Kinder, darunter Todesfälle 43 m., 37 w. und 2 Kinder. 856 Plätze. 1 Verpflegklasse. Ärzte: Direktor Ober-Med.-Rat Dr. *Franz Blachian*; Oberärzte: Dr. *Karl Brandl*, Dr. *Moritz Schnidtmann*, Dr. *Paul Weber*; Hilfsärzte: Dr. *Friedrich Hölzel*, Dr. *Albert Rösch*. 75 Pfleger, 95 Pflegerinnen, 10 Ordensschwestern. Gründungsjahr 1912. Zur Entlastung der Anstalt Eglfing und in örtlichem Zusammenhang damit als erste in Bayern nach dem sog. Großpavillonsystem. Beratungsstelle für psychisch und Nervenkranke in München Bezirkswohlfahrtsamt IX.

Hadamar, Reg.-Bez. **Wiesbaden** (Prov. Hessen-Nassau)

1. **Landes**-Heil- und Erziehungsanstalt. Ebst. Hadamar.

14 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 66 m., 322 w., Zugänge im Vorjahr 60 m., 263 w., Abgänge 45 m., 216 w., darunter Todesfälle 3 m., 25 w. 281 Plätze. 1 Verpflegklasse. Ärzte: Direktor Dr. *Otto Henkel*; Oberarzt Dr. *Ernst Pöllmann*; Frl. Dr. *Angela Quademechels*, Ass.-Ärztin.

9 Pfleger, 25 Schwestern. Die Anstalt wurde 1883 zur Unterbringung von Korrigenden eröffnet, ab 1906 Landespflegeanstalt, ab 1920 Landes-Heil- und Erziehungsanstalt. In Familienpflege ungefähr 131 Kranke. Beratungsstelle für minderbemittelte Nerven- und Gemütskranke. Geschlossene Anstalt mit 2 offenen Abteilungen.

2. **St. Josef**-Anstalt für männl. Geisteskranke, Geistesschwache und Epileptiker.

Eigentum der Caritasvereinigung Montabaur, Hospitalstr. 1911: 154 Kranke.

Haina (Kloster), Reg.-Bez. **Kassel** (Prov. Hessen-Nassau)

Landeshospital, Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt für geisteskranke Männer. Ebst. Gemünden (Wohra).

Anstalt 16 ha, Gut 386 ha, Forsten 6548 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 740 m., am 1. 10. 1928: 794 m. Zugänge im Vorjahr 130, Abgänge 134, darunter Todesfälle 55. 829 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Landes-Ober-Med.-Rat Dr. *Karl Wickel*; I. Oberarzt: Landes-Med.-Rat und Stellvertreter d. Direktors: Dr. *Theodor Malcus*; Oberarzt: Dr. *Karl Gotthold*; Assistenz-Ärzte: Dr. *Paul Schulze*, Dr. *Johann Bracker*. 3 Oberpfleger, 62 Pfleger, 14 Hilfspfleger und 15 Lernpfleger. Gegründet als Zisterzienser-Kloster 1221. Von Philipp dem Großmütigen, Landgraf von Hessen, 1527 in ein Hospital umgewandelt, 1530 mit Kranken belegt. Von Anfang an Geisteskranke aufgenommen. Ärzte und Chirurgen kamen zunächst von auswärts. Seit 1703 Chirurg in Haina, seit 1821 Arzt. Seit 1891 ärztlicher Direktor. Geschlossene Anstalt. Familienpflege. Beratungsstellen für psychisch und Nerven-Kranke.

Hall (Tirol)

Landes-Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Hall.

4853 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 249 m., 212 w., Zugänge im Vorjahr 192 m., 150 w., Abgänge 195 m., 132 w. 490 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Leit. Primararzt: Dr. *Ernst von Klebelsberg*; Abteilungsärzte: Dr. *Ludwig von Schmuck*, Dr. *Adelheid Schuster*. 80 Pflegepersonal. Gründungsjahr 1830. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen. 1929 Eröffnung eines Sanatoriums für Nervenkranke und Erholungsbedürftige mit Ausschluß von Geistes- und Infektionskrankheiten. 32 Plätze. Eine Verpflegklasse. Leitender Arzt: Dr. *Ernst von Klebelsberg*.

(Schwäbisch-)**Hall** (Württemberg)

Diakonissenanstalt, Schwäbisch-Hall, Abt. Pflegeanstalt für Schwachsinnige (Nichtbildungsfähige). Bst. Schwäbisch-Hall.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 43 Knaben (bis zum 14. Lebensjahr), 465 w., Zugänge im Vorjahr 17 Knaben, 99 w., Abgänge 17 Knaben, 93 w., darunter Todesfälle 4 m., 75 w. 510 Plätze. 1 Verpflegklasse, für

Private 3. Pfarrer Gottlob Weißer, Leiter der Anstalt; Dr. *Karl Elsaesser*, leitender Arzt, 1 Med.-Praktikant. 33 Diakonissen, 11 Pflegerinnen, 3 Nachtwachen. Gründungsjahr 1900, seit 1912 Neubau. Geschlossene Anstalt.

Halle a. d. Saale (Prov. Sachsen)

Psychiatrische und Nervenklinik der **Universität** Halle.

16 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 75 m., 55 w., Zugänge im Vorjahr 683 m., 371 w., Abgänge 670 m., 358 w., darunter Todesfälle 21 m., 14 w. 150 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Prof. Dr. *Alfred Hauptmann*, ordentl. Professor für Psychiatrie und Neurologie, Oberarzt: a.-o. Prof. Dr. *Karl Pönitz*; Planmäßige Assistenten: Dr. *Alfred Gallinek*, Dr. *Franz Stockert*, Dr. *Ernst Röhrs*, Dr. *Hildegard Wolter*. 31 Pfleger, 28 Pflegerinnen, davon 3 Schwestern. Gründungsjahr 1891. Als Klinik für Geistes- und Nervenkrankheiten im Pavillonsystem von Hitzig erbaut und geleitet. Weitere Direktoren: Ziehen, Wernicke, Anton. Geschlossene Anstalt mit offn. Abteilung. Poliklinik für Geistes- und Nervenkranke im Hause und Beratungsstelle für schwer erziehbare Kinder.

Hamburg (Freie Stadt Hamburg)

1. **Staatskrankenanstalt Friedrichsberg,** Hamburg, **Universitätsklinik.**

24,6 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 916 m., 916 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 1230 m., 893 w., Zahl der Abgänge 1275 m., 943 w., darunter Todesfälle 168 m., 188 w. 1902 Plätze, 4 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Prof. Dr. *W. Weygandt*; Leitende Oberärzte: Prof. Dr. *Eduard von Grabe*, Prof. Dr. *Ernst Rittershaus*, Prof. Dr. *Friedrich Meggendorfer*, Prosektor Prof. Dr. *Alfons Jakob*; Abteilungsärzte: Dr. *Georg Glüh*, Privatdozent Dr. *Hermann Josephy*, Dr. *Albrecht Langelüddeke*, Dr. *Walter Kirschbaum*;, Dr. *Ernst Bischoff*; Leitender Oberarzt für Serologie: Prof. Dr. *Viktor Kafka*; Zahnarzt: Privatdozent Dr. *Alfred Rohrer* (halbamtlich); Assistenzärzte: Dr. *Carl Stender*, Dr. *Hans Löffler*, Dr. *Hans Kreuzer*, Dr. *Kurt Samson* (für Serologie), Dr. *Alexander Schindler*, Dr. *Max Hetzer*, Dr. *Carl Riebeling*, Dr. *Ludwig Guttmann*, Dr. *Goerg Ossenkopp*, Dr. *Gerhard Giehm*, Dr. *Wilhelm Lange*, Dr. *Carl Balthasar*, Dr. *Alfred Leu*. 573 Pflegepersonen, 39 Schwestern. Gegründet 1864 und zwar nach den Plänen von Ludwig Meyer als erste No-Restraint-Anstalt in Deutschland. 1911—1914 Umbau mit Reorganisation. 1918 Einrichtung offener Abteilungen für Nervenkranke und einer Beobachtungsstation für Jugendliche, 1919 Universitätsklinik. Die Anstalt enthält Laboratorien und Sammlungen für normale, pathologische und vergleichende Anatomie und Histologie des Zentralnervensystems, für Serologie und Bakteriologie, für experimentelle Psychologie, für Genealogie und Erblichkeitsforschung, für Photographie, Mikrophotographie und Röntgenologie. Bibliothek ca. 10 000 Bände. Klinische Sammlungen; über 10 000 Diapositive, Sammlung psychopathologischer Kunsterzeugnisse, Sammlung betr. Geschichte des Irrenwesens. 60 Räume für wissenschaftliche Zwecke.

Außenfürsorge durch Krankenhausfürsorge des Roten Kreuzes und Poliklinik. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen.

2. Psychiatrische **Beobachtungsabteilung** im **Hafenkrankenhaus.**

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: —, im Vorjahre Zahl der Zugänge wegen Geistesstörung 233 m., 107 w., wegen Selbstmordversuchs 108 m., 51 w. Von den Zugeführten wurden 131 m. und 64 w. in die Staatsirrenanstalt verlegt, die anderen wurden entlassen. Es starben infolge Selbstmordversuches 6 m., 3 w. 40 Plätze. 1 Verpflegklasse. Ärzte: Leitender Arzt des Hafenkrankenhauses Oberarzt Dr. *Rothfuchs*; Facharzt für Nervenkrankheiten und Leiter der Beobachtungsabteilung Dr. *Alfred Bötticher*. 5 Pfleger, 5 Pflegerinnen. Gegründet 1900, später mehrfach erweitert. Geschlossene Abteilung. Das Hafenkrankenhaus ist vorwiegend Not- und Unfallkrankenhaus mit 330 Betten. Die psychiatrische Abteilung ist mit der Abteilung für Polizei- und Strafgefangene vereinigt.

3. **Staatskrankenanstalt Langenhorn,** Hamburg-Langenhorn.

115 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 902 m., 879 w., Zugänge im Vorjahre 180 m., 112 w., Abgänge 123 m., 55 w., darunter Todesfälle 28 m., 24 w. 2170 Plätze. Eine Verpflegklasse. Direktion: Ärztlicher Direktor Professor Dr. *Schäfer*; Verwaltungsdirektor R. Birkenstock; leitender Oberarzt: Dr. *Heinrich Körtke*, Oberarzt Dr. *Max Sierau*; Abteilungsärzte: Dr. *Richard Zimmermann*, Dr. *Ernst Lüdemann*, Dr. *Wigand Quickert*, Dr. *Adolf Schlippe*, Dr. *Martin Lua*, Dr. *Otto Kankeleit*, Dr. *Alfred Saupe*; Ass.-Ärzte: Dr. *Carl Colpe*, Dr. *Erwin Nippert*, Dr. *Günther Helms*. 490 Pflegepersonal und 1 Schwester. Eröffnet 1892 als landwirtschaftliche Kolonie. Seit 1898 selbständige Anstalt für alle Arten von Geisteskranken: 2 Bewahrungs- (gesicherte) Häuser für gemeingefährliche Kranke mit zusammen 150 Betten. Geschlossene Anstalt. In Langenhorn ist eine innere Abteilung (Lungenabteilung) mit 324 Betten, die in der oben angegegebenen Gesamtzahl mit enthalten sind, in 5 Häusern untergebracht, deren ärztliche Versorgung durch einen leitenden Arzt und 4 Assistenten geschieht.

4. **Alsterdorfer** Anstalten, Erziehungs- und Pflegeanstalt für Schwachsinnige und Epileptische, Anstalt der **innern Mission.**

14 ha, dazu 243 ha Gut Stogen, Kreis Stormarn. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 549 m., 473 w., Zugänge im Vorjahr 89 m., 66 w., Abgänge 63 m., 61 w., darunter Todesfälle 25 m., 30 w. 1100 Plätze. 2 Verpflegklassen. Direktor: Pastor Paul Stritter; Oberarzt: San.-Rat Dr. *Walther Fischer*; 2. Arzt: Dr. *Peter Clemens*; 3. Arzt: Dr. *Gerhard Kreyenberg*. 33 Pfleger, 40 Pflegerinnen. 1863 von Pastor D. Dr. Sengelmann gegründet. Offene Anstalt.

5. **„Eichenhain“, Privatklinik** für Nerven- und Gemütskranke v. Dr. Arnold Lienau, Eichenstr. 34. Hamburg-Eimsbüttel.

1 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 4 m., 15 w., Zugänge im Vorjahr 22 m., 39 w., Abgänge 22 m., 30 w., darunter Todesfälle 3 w. 28 Plätze.

1 Verpflegklasse. Arzt: Dr. *Arnold Lienau.* 15 Pflegepersonen. Gründungsjahr 1901. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Familienpflege.

Hardt (Reg.-Bez. Düsseldorf, Rheinprovinz)

St. Josephshaus des Caritasvereins Köln-Nippes, Bildungs- und Pflegeanstalt für epileptische und schwachsinnige Knaben.

1911: 140 Knaben. Arzt: Dr. *R. Schmitz* in Viersen.

Hartheck bei **Gaschwitz** (Leipzig, Sachsen)

Privat-Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 10 m., 13 w., Zugang im Jahr 1928: 47 m., 35 w., Abgang: 47 m., 19 w., darunter Todesfälle 3 m., 2 w. 48 Plätze. 1 Verpflegklasse. Ärzte: Dr. *Wilhelm Sernau*, leitender Arzt; Dr. *Alexander Mette*, Assistenzarzt. 2 Schwestern, 11 Pflegerinnen, 2 Pfleger. Geschlossene Anstalt mit offner Abteilung. Gegründet 1894.

Hartheim bei **Linz** (Oberösterreich)

Idioten- und Kretinenanstalt d. **Wohltätigkeitsvereins** in Linz.

Bestand am 1. 1. 1928: 70 m., 67 w., Zugänge 1927: 10 m., 7 w., Abgänge 8 m., 11 w., darunter Todesfälle 8 m., 9 w. 140 Plätze. 1 Verpflegklasse. Dir. Karl Mittermeyer, Arzt: Dr. *M. Uhlik.* 14 Schwestern. Offene Anstalt, gegründet 1898.

Hasserode bei **Wernigerode** (Prov. Sachsen)

Private Erziehungsanstalt für schwache und blödsinnige Mädchen **„zum guten Hirten“.** Ebst. Wernigerode.

3071 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 50 w., Zugänge 1927: 4, Abgänge 2, darunter Todesfälle 1. 55 Plätze. 1 Verpflegklasse. Anstaltsarzt: Dr. *Robert Herr.* 5 Diakonissen. Gründungsjahr 1861. Geschlossene Anstalt.

Hedemünden a. d. Werra (Prov. Hannover)

Sanatorium Hedemünden in Oberode b. Hedemünden. Ebst. Hedemünden.

11 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 15 m., 13 w., Zugänge 46 m., 68 w., Abgänge 43 m., 65 w. 29 Plätze. 1 Verpflegklasse. Arzt und Besitzer: Prof. Dr. *Fritz Eichelberg.* 4 Pflegepersonen. Gründungsjahr 1904. Offene Anstalt.

Heggbach (Oberamt Biberach, Württemberg)

Pflege- und Bewahranstalt. Station Maserheim.

10 württ. Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 115 m., 166 w.,

Zugänge im Vorjahr 17 m., 28 w., Abgänge 16 m., 26 w., darunter Todesfälle 12 m., 23 w. 295 Plätze. 2 Verpflegklassen. Anstaltsarzt: Dr. *Ehmann*; Verwaltung: Congregation der barmherzigen Schwestern von Reute, O. A. Waldsee. 50 Schwestern, 2 Pfleger. Gründungsjahr 1887. Geschlossene Anstalt.

Heidelberg (Baden)

Psychiatrisch-Neurologische **Klinik** der **Universität** Heidelberg.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 73 m., 69 w., Zugänge im Vorjahr: 828 m., 592 w., Abgänge 935 m., 594 w., darunter Todesfälle 29 m., 21 w. 144 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Prof. Dr. *Carl Wilmanns*; Oberärzte: Prof. Dr. *Hans Gruhle*, Privatdozent Dr. *Willi Mayer-Groß*; Assistenten: Privatdozent Dr. *Kurt Beringer*, Dr. *Hans Bürger*, Dr. *Walther Heinichen*, Dr. *Emilie Tietz*, dazu wechselnde Volontäre und Praktikanten. Leiter der Poliklinik: Prof. Dr. *August Homburger*, Leiter des anatomischen Laboratoriums: Prof. Dr. *Gabriel Steiner*. 16 weltliche Pfleger, 42 Ordensschwestern. Gründungsjahr 1878. Beratungsstelle für psychisch und nervöse Kranke (Poliklinik). Geschlossene Anstalt.

Heidesheim (Hessen)

Provinzial-Anstalt für körperlich oder geistig Sieche.

Bestand am 1. 1. 1928: 135 m., 96 w., Zugänge 1927: 20 m., 18 w., Abgänge 15 m., 13 w., darunter Todesfälle 11 m., 9 w. 300 Plätze. 1 Verpflegklasse. Verwaltungsdirektor Wilh. Kloß. Anstaltsarzt: Dr. *Otto Ebner*. 12 Pflegepersonen. Eröffnet 1893. 1921: 320 Betten. Es finden Geisteskranke Aufnahme, die nicht unbedingt der Einrichtungen einer Heil- und Pflegeanstalt bedürfen. Geschlossene Anstalt, gegründet 1893.

Heidhausen a. d. **Ruhr** (Rheinprovinz)

St. Kamillushaus, Heilstätte für Alkohol- und Nervenkranke. Ebst. Werden a. d. Ruhr.

70 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 84 m., Zugänge 1927: 254, Abgänge 258. 100 Plätze. 2 Verpflegklassen. Arzt: Dr. med. *Spelten*; Leiter: Pater Präfekt Leuwer. 12 Ordensbrüder. Gegründet 1901 von der kath. Ordensgenossenschaft der Kamillianer, als erste kath. Heilstätte f. alkoholkranke Männer. Offene Anstalt.

Heilbrunn (Oberbayern)

Sanatorium Feldhäuslhof in Bad Heilbrunn, Isertal.

25 ha. 16 Plätze. 1 Verpflegklasse. Besitzer und Leiter: Dr. *Joh. Marcinowsky*. 1 Schwester. Gründungsjahr 1919. Offene Anstalt.

Heppenheim a. d. B. (Hessen)

Landes-Heil- und Pflegeanstalt Heppenheim an der Bergstraße. Ebst. Heppenheim.

19,25 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 181 m., 195 w., Zugänge im Vorjahr: 65 m., 68 w., Abgänge 74 m., 68 w., darunter Todesfälle 17 m., 11 w. 400 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor: Med.-Rat Prof. Dr. *Adolf Dannemann*, Referent f. Psychiatrie im Min. d. Innern; Oberärzte: Med.-Rat Dr. *August Werner*, Med.-Rat Dr. *Wilhelm Schmeel*; Ass.-Ärzte: Dr. *Max Steinreich*, Dr. *Franz Faust*. 46 Pfleger, 49 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1866. Von Heppenheim ging vor 50 Jahren unter Direktor Georg Ludwig die Hilfsvereinsbewegung aus. Außenfürsorge, Familienpflege, Beratungsstelle für psychisch und Nervenkranke. Geschlossene Anstalt. Der Anstalt ist auch eine Beratungsstelle für Tuberkulöse und für Geschlechtskranke angegliedert.

Herborn (Dillkreis, Prov. Hessen-Nassau)

Landes-Heilanstalt.

140 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 385 m., 410 w., Zugänge im Vorjahr 291 m., 94 w., Abgänge 246 m., 112 w., darunter Todesfälle 21 m., 30 w. 830 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor San.-Rat Dr. *Richard Snell*; Oberärzte: Dr. *Ernst Schneider*, Dr. *Werner Becker*; San.-Rat Dr. *Bernhard Risch*, Dr. *William Altvater*, Dr. *Ernst Bindseil*. 57 Pfleger, 70 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1911. Außenfürsorge, Familienpflege. Beratungsstelle f. psych. u. Nervenkranke. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Herford (Provinz Westfalen)

Elim, Heilstätte und Abstinenzschule für Alkoholkranke.

3,91 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 2 m., Zugänge 1927: 7 m., 2 w., Abgänge 6 m., 2 w. 15 Plätze. 1 Verpflegklasse. Leitung: E. Wetters Witwe, Oskar Nielsen; Arzt: San.-Rat Dr. med. *E. Hentschel*, Herford. 2 Pfleger. 1899 gegründet. Offene Anstalt.

Herisau (Kanton Appenzell-A. Rh.)

Kant. Heil- und Pflegeanstalt.

50—60 Jucharten. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 164 m., 161 w., Zugänge 1927: 67 m., 72 w., Abgänge 65 m., 59, w. darunter Todesfälle 5 m., 10 w. 350 Plätze. 3 Verpflegklassen. Direktor Dr. *Otto Hinrichsen*; Assistenzarzt: Dr. *Otto Hausherr*. 1 Volontärarzt. 57 Pflegepersonen. 1908 eröffnet. Geschlossene Anstalt. Beratungsstelle f. psychisch und Nervenkranke.

Herrnprotsch bei **Breslau** (Schlesien)

Pflegeanstalt der Stadt Breslau.

Oberarzt Dr. *Pawel*.

Herten (Baden)

St. Josephsanstalt für Schwachsinnige, Epileptiker und Idioten. Eigentum e. kath. Vereins. Eröffnet 1879.

1911: 455 Plätze.

Herxheim bei **Landau** (Pfalz, Bayern)

Pflegeanstalt **St. Paulusstift** für weibliche Kranke.

1600 qm. Am 1. 1. 1928: 1 m., 161 w., Zugänge 1927: 44 w., Abgänge 40 w., darunter Todesfälle 24 w. 170 Plätze. 1 Verpflegklasse. Leitung: Kongregation der Schwestern v. hl. Paulus; Anstaltsarzt: Dr. *Otto Wieser*. 40 Schwestern. 1896 gegründet. Es werden weibliche Kranke verpflegt mit geistigen oder körperlichen Gebrechen, wie Schwachsinnige, Fallsüchtige, Idioten, Blinde, Taubstumme sowie sittlich oder religiös gefährdete Personen, bes. jugendlichen Alters. Geschlossene Anstalt.

Herzogenbuchsee (Kanton Bern)

Privat-Heilanstalt für Trinkerinnen im **Wysshölzli.**

23 Plätze. Hausarzt Dr. *Marti*. Leitung Oberschwester Lydia Grunder. 4 Schwestern. Offene Anstalt. Gegründet 1891.

Heudorf (O.-A. Riedlingen, Württemberg)

St. Oswaldipflege, Private Anstalt für geistesschwache bildungsfähige Kinder bis zu 15 Jahren. Bahnstation Riedlingen.

20 ha. Zahl der Kinder am 1. 1. 1928: 75 m., 57 w. Zugänge 1927: 19 m., 18 w. Abgänge 20 m., 14 w., darunter Todesfälle 1 m., 2 w. Plätze für 80 Knaben u. 60 Mädchen. 1 Verpflegklasse. Anstaltsvorstand: Inspektor Aierle. Hausarzt: Dr. med. *Willy Missmahl*, Riedlingen. 7 Lehrschwestern u. 18 Pflegeschwestern. Gründungsjahr 1867. Die Anstalt war bis Mai 1921 in den dem Fürsten v. Thurn und Taxis gehörigen Klostergebäuden Neresheim Wttbg. untergebracht. Bis Frühjahr 1929 kann der Neubau in Rosenharz O.-A. Ravensburg bezogen werden. Geschlossene Anstalt.

Hildburghausen (Thüringen)

Thüringische **Landes**-Heil- und Pflegeanstalt.

93 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 347 m., 432 w., Zugänge im Vorjahr 179 m., 167 w., Abgänge 142 m., 111 w., darunter Todesfälle 19 m., 25 w. 850 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Dir. Obermed.-Rat Dr. *Alfred Büchner*, stellvertr. Dir. Med.-Rat Dr. *Amandus Menche*; Med.-Räte Dr. *Ernst Müller*, Dr. *Richard Greiner*; Ass.-Arzt: Dr. *Hans Seubers*. 84 Pfleger, 98 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1866. Familienpflege. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen.

Hildesheim (Prov. Hannover)

Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Hildesheim.

794 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 543 m., 423 w., Zugänge 1927: 275 m., 245 w., Abgänge 237 m., 240 w., darunter Todesfälle 60 m., 41 w. 993 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Dr. *Otto Mönkemöller*, Landes-

Ober-Med.-Rat u. Direktor, Dr. *Karl Rapmund*, Landesmed.-Rat, stellvertr. Dir.; Oberärzte: Dr. *Felix Stüber*, Dr. *Friedrich Hellwig*, Dr. *Friedrich Harries*; Hilfsärzte: Dr. *August Jacobi*, Dr. *Hugo Reith*, Dr. *Bernhard Jutz*. 85 Pfleger, 57 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1827. Außenfürsorge. Geschlossene Anstalt.

Himmelsthür bei **Hildesheim** (Prov. Hannover)

Elisenheim. Frauenheim für nervöse und trunksüchtige Damen. Eröffnet 1897.

1911: 20 Plätze. Arzt: Dr. *P. Lindemann*, Hildesheim.

Hirsau (Württemberg)

Privatsanatorium für Nervenkranke. Dr. Karl Römer.

Hochweitzschen bei **Westewitz a. d. Mulde** (Sachsen)

Sächs. **Landes**heilanstalt für Epileptische. Ebst. Westewitz-Hochweitzschen.

110 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 373 m., 446 w., Zugänge im Vorjahr 43 m., 37 w., Abgänge 35 m., 36 w., darunter Todesfälle 6 m., 16 w., 822 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Oberregierungs-Med.-Rat Dir. Dr. *Lothar Stemmler*, stellv. Dir. Oberregierungs-Med.-Rat Dr. *Max Liebers*, Reg-Med.-Räte: Dr. *Hugo Wolf*, Dr. *Wolfgang Küffner*, Dr. *Johannes Werner*, Hilfsarzt Dr. *Farstl*. 59 Pfleger, 45 Schwestern, 58 weibl. Hilfspersonal. Gründungsjahr 1874. Als Irrensiechenanstalt errichtet, seit 1889 Epileptikeranstalt, seit 1902 unter ärztlicher Leitung. Die Anstalt besitzt eine Schule für epileptische Kinder.

Hofheim i. **Taunus** (Prov. Hessen-Nassau)

Sanatorium für Nervenkranke. Ebst. Hofheim

2 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 30 beiderlei Geschlechts. 40 Zimmer nur I. Klasse. Arzt u. Bes.: San.-Rat Dr. *Max Schulze-Kahleyss*. 1 Oberin und Privatschwestern. Gründungsjahr 1896. Grundsätzlich nur offene Anstalt.

Hohe Mark i. T. (bei Oberursel, Provinz Hessen Nassau)

Frankfurter **Kuranstalt.** Ebst. Oberursel i. T.

125 000 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 20 m., 17 w., Zugänge im Vorjahr 75 m., 68 w., Abgänge 70 m., 67 w., darunter Todesfälle 10 m., 7 w. Ca. 60 Plätze. 1 Verpflegklasse. Direktor Dr. med. *Fritz Kalberlah*, Oberarzt Dr. *Willy Gail*. 2 Pfleger, 7 Schwestern. Gründungsjahr 1902. Offene und geschlossene Abteilungen.

Hohenasperg (Württemberg)

Irrenabteilung für Strafgefangene auf Hohenasperg. (Abt. der Landesstrafanstalt Ludwigsburg).

Am 1. 1. 1928: 18 m., Zugänge im Vorjahr 31, Abgänge 32, Todesfälle —. 40 Plätze. 1 Verpflegklasse. Ärztl. Leiter der Irrenabt.: Med.-Rat Dr. *Wilhelm Staiger*. 6 Wärter, 1 Wachtmeister, 1 Strafanstalts-Kommissar. Gründungsjahr 1905. Geschlossene Anstalt.

Hohenegg in **Meilen** bei **Zürich** (Schweiz)

Nervenheilanstalt. Ebst. Meilen.

30 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: — m., 159 w., Zugänge im Vorjahr 5 m.,. 276 w., Abgänge 5 m., 270 w., darunter Todesfälle — m,. 12 w. 170 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Leit. Arzt Dr. *Max Kesselring*, Dr. *Margarete Müller*, 1 Ass. Arzt. 35 Schwestern. Gründungsjahr 1902. Gemeinnützige Anstalt. Es werden nur ruhige Kranke aufgenommen. Familienpflege.

Hohenrain (Kanton Luzern, Schweiz)

Kant. Anstalt für Schwachbegabte.

Bestand am 1. 1. 1928: 66 m., 57 w., Zugänge im Vorjahr 14 m., 15 w., Abgänge 12 m., 12 w. 123 Plätze. 1 Verpflegklasse. Direktor H. Bösch. 13 Lehrer und Schwestern. Gründungsjahr 1906. Geschlossene Anstalt.

Holzhausen (Oberbayern)

Magnusheim. Anstalt für geistesschwache bildungsfähige Mädchen. Ebst. Igling.

200 Tagwerk. Am 1. 1. 1928: 210 Mädchen, Zugänge 1927: 30, Abgänge 23, darunter Todesfälle 2. 215 Plätze. 1 Verpflegklasse. Direktor Dr. phil. *Anton Luible*; Anstaltsarzt: Dr. *Georg Mayr*. 32 Schwestern. 1910 erbaut. Offene Anstalt.

Holzkamp bei **Delmenhorst** (Oldenburg)

Privat-Irrenanstalt in Ganderkese.

Hombrechtikon (Kanton Zürich)

Privatanstalt für ruhige Gemütskranke v. Heusser-Letsch.

1901 gegründet. 30 Plätze. Bestand am 1. 1. 1928: 22, Zugänge 4. Abgänge —. Arzt: Dr. *Pfisterer*. 5 Pflegedienste.

Schloß **Hornegg** a. N. (Württemberg)

Kuranstalt für innere und Nervenkranke. Ebst. Gundelsheim a. N.

120 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 4 m., 9 w., Zugänge im Vorjahr 483 m., 399 w., Abgänge 470 m., 399 w., darunter Todesfälle 5 m., 1 w. 120 Plätze. 1 Verpflegklasse. Chefarzt Geh. Hofrat Dr. *Ludwig Roemheld*; Oberarzt: Dr. *Scharpf*; Ass.-Ärzte: Frl. Dr. *A. v. Zwehl*, Dr. *Giebel*. 3 Hausschwestern. Gründungsjahr 1890. Physikalisch-diätetische Anstalt. Offen.

Hoym (Anhalt)

Landes-Siechenanstalt.

Am 1. 1. 1928: 474 Kranke, 219 m., 255 w. 470—500 Plätze. 2 Verpflegklassen. Anstaltsarzt: Dr. *E. Schulze*. 10 Schwestern, 34 Pflegepersonal. Gründungsjahr 1878. (Früher Schloß der Anhalt-Bernburgischen Herzogslinie.) Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Hub bei **Bühl** (Baden)

Pflegeanstalt der Kreise Karlsruhe und Baden-Baden. Post Bühl-Bdn., Station Otterweier.

78 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 309 m., 395 w., Zugänge 1927: 67 m., 75 w., Abgänge 63 m., 42 w., darunter Todesfälle 38 m. 29 w. 769 Plätze. 1 Verpflegklasse. Direktor Dr. med. *Otto Gerke*. 22 Wärter, 21 Wärterinnen. Gegründet 1874 in dem früheren Thermalbad Hub. Offene Anstalt für körperlich und geistig Gebrechliche.

Hubertusburg bei **Wermsdorf** (Sachsen)

Landes-Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Wermsdorf.

30 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 379 m., 839 w., Zugänge im Vorjahr 206 m., 408 w., Abgänge 178 m., 377 w., darunter Todesfälle 28 m., 89 w. 1316 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Oberregierungs-Med.-Rat Dr. *Max Dost*, stellvertr. Dir. Oberregierungs-Med.-Rat Dr. *v. Rabenau*, Regierungs-Med.-Räte: Dr. *Lägel*, Dr. *Xaver Nothaaß*, Dr. *Erich Zeil*, Dr. *Friedrich Schmidt*, Dr. *Kurt Schwanhäuser*; Hilfsarzt: Dr. *Apitz*, Hilfsärztin: Dr. *Helene Meyer*. 69 Pfleger, 82 Schwestern u. 98 weibl. Hilfspersonal. Gründungsjahr 1850. Hubertusburg 1720 bis 1742 als Jagdschloß erbaut, 1850 die ersten Geisteskranken aufgenommen, 1870 die Anstaltsmeierei Reckwitz gegründet. Außenfürsorge. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Hutschdorf bei **Thurnau** (Oberfranken, Bayern)

Heilstätten Hutschdorf für Trinker. Ebst. Thurnau.

8 Tagwerk. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 18 m., 3 w., Zugänge 1927: 61 m., 9 w., Abgänge 50 m., 10 w. 70 Plätze. 3,50 M.—5 M. Pfarrer Ernst Keupp, Gunzenhausen, Heusoltshöhe. Anstaltsarzt: Sanitätsrat Dr. *Pollmann*, Thurnau. 2 Diakone, 4 Diakonissen. Gegründet 1906. Offene Anstalt.

Idstein im **Taunus** (Prov. Hessen-Nassau)

Heilerziehungsanstalt **Calmenhof** für bildungsfähige Schwachsinnige und Psychopathen.

Am 1. 1. 1928: 327 m., 139 w. Zöglinge. Zugänge im Vorjahr 83 m., 26 w., Abgänge 36 m., 23 w., darunter 10 Todesfälle. 650 Plätze. 3 Verpflegklassen. Direktor Emil Spornhauer. Leitender Arzt: San.-Rat Dr. med. *Fritz Klein*; Ass.-Arzt: Dr. med. *Georg Hallerbach*. 100 Pfleger und Schwestern. Gegründet 1888. Geschlossene Anstalt.

Illenau bei **Achern** (Baden)

Landes-Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Achern, Bdn.

46 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 356 m., 342 w., Zugänge 478 m., 500 w., Abgänge 473 m., 495 w., darunter Todesfälle 68 m., 89 w. 720 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Obermed.-Rat Dr. *Hans Roemer*; Stellvertreter: Med.-Rat Dr. *Robert Hoffer*; Oberärzte: Med.-Räte Dr. *Franz Weisenhorn*, Dr. *Arthur Schreck*, Dr. *Alfred Meyr*; Assistenz-Ärzte: Dr. *Karl Huber*, Dr. *Odilo Fleig*, Dr. *Willy Mors*, Dr. *Michael Inglessis*. 89 Pfleger, 83 Pflegerinnen, 11 Pflegeschüler, 26 Pflegeschülerinnen. Gründungsjahr 1842. Neu- und Umbauten 1890/1893 und 1900/1906. Außenfürsorge, Beratungsstellen in Karlsruhe, Bühl u. Oberkirch. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen. Stift für erholungsbedürftige Damen, Landhaus für Alkoholiker u. Psychopathen, Landhaus für rekonvaleszente u. erholungsbedürftige Frauen; außerdem wird die Trinkerheilstätte Renchen von Illenau aus ärztlich geleitet.

Ilten bei **Lehrte** (Hannover)

Privat-Heil- und Pflegeanstalten Dr. Ferdinand Wahrendorff, G. m. b. H. Ebst. Lehrte und Schude.

220 ha. Krankenzahl am 1. 1. 1928: 591 m., 261 w., Zugänge im Vorjahr 145 m., 245 w., Abgänge 88 m., 97 w., darunter Todesfälle 28 m., 16 w. 900 Plätze. 2 Verpflegklassen. Direktor: San.-Rat Dr. *Rudolf Wahrendorff*, stellvertr. Dir.: Professor Dr. *Hans Willige*, Dr. *Ferdinand Nieper*, Dr. *Harrald Krüger*, Frau Dr. *Margarete Nieper*. 57 Pfleger, 49 Pflegerinnen. Gegründet 1862. Z. Zt. 140 Kranke in Familienpflege. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Immerath (Kreis Erkelenz, Rheinprovinz)

„Haus Nazareth“, Anstalt der **Töchter v. hl. Kreuz** für kath. weibliche Epileptische (Mädchen und Kinder).

Bestand am 1. 1. 1928: 162, Zugänge im Vorjahr 29, Abgänge 18, darunter 11 Todesfälle. 170 Plätze. 2 Verpflegklassen. 30 Schwestern. Gründungsjahr 1902.

Ingerkingen (O.-A. Biberach, Württemberg)

Kinderasyl zur Verpflegung idiotischer und epileptischer Kinder. Ebst. Schemmerberg.

1 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 44 m., 38 w., Zugänge 1927: 6 m., 6 w., Abgänge 3 m., 6 w., darunter Todesfälle 1 w. 85 Plätze. 1 Verpflegklasse. Hausarzt: Dr. med. *Ehmann*, Biberach. Vorstand: Schwester Oberin Bertranda Lerner. 12 Schwestern, 1 Pfleger. Gegründet 1912.

Innsbruck (Tirol)

Klinik für Psychiatrie und Neurologie der **Universität** Innsbruck.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 47 m., 40 w., Zugänge 1927: 854 m., 607 w., Abgänge 853 m., 619 w., darunter Todesfälle 25 m., 30 w. 2 Verpflegklassen. 105 Plätze. Ärzte: Direktor Professor Dr. *Carl Mayer*, Professor Dr. *Eduard Gamper*, Privatdozent Dr. *Helmut Scharfetter*, Dr. *Karl Scharfetter*, Dr. *Otto Reisch*, Dr. *Franz Schmuttermayer*; Hilfsarzt: Dr. *Franz Niedermoser*. 20 Pflegepersonal. 1891 gegründet unter Prof. Gabriel Anton. Außenfürsorge in Verbindung mit den städtischen Fürsorgeinstitutionen. Beratungsstelle im Ambulatorium der Klinik. Psychiatrische Abteilung geschlossen, neurologische Abteilung offen.

Jämejala (Estland)

Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke bei Viljandi (Fellin) 5 km von der Ebst. Viljandi in Eesti (Estland).

142 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 64 m., 62 w., Zugänge 1927: 26 m., 18 w., Abgänge 16 m., 19 w., darunter Todesfälle 8 m., 4 w. 150 Plätze. 2 Verpflegklassen. Direktor Dr. *Osvald Soo*, Ordinator Dr. *Bernhard Saarson*. 2 Schwestern, 8 Pflegerinnen, 6 Pfleger. Gegründet 1897 als Pflegeanstalt Marienhof. Seit 1922 staatlich. Erweiterung auf 300 Plätze vorgesehen. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen.

Jena (Großthüringen)

1. Psychiatrische und Nervenklinik der **Universität** Jena.

6 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 124 m., 138 w., Zugänge im Vorjahr 1483 m., 873 w., Abgänge 1478 m., 853 w., darunter Todesfälle 77 m., 46 w. 250 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Professor Dr. *Hans Berger*; Oberarzt: Professor Dr. *Wilhelm Strohmayer*; Assistenz-Ärzte: Priv.-Dozent Dr. *Heinz Boening*, Priv.-Dozent Dr. *Paul Hilpert*, Dr. *Hermann Wand*, Dr. *Heinrich Kochendörfer*, *Werner Vogl*, *Hans Flintzer*, Dr. *Berthold Eich*, Dr. *Berthold Rollin*; Vol.-Ass.-Ärzte: *Paul Wanke*, Dr. *Leo Hallay*. 52 Pfleger, 6 Schwestern, 58 Pflegerinnen. Gegründet 1879. Beratungsstelle: Poliklinik. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

2. Trüpers **Erziehungsheime** und Jugendsanatorium **Sophienhöhe.**

30 ha. Am 1. 10. 1928: 90 Jungen, 35 Mädchen, im Vorjahr Zugänge 34 m., 12 w., Abgänge 30 m., 10 w. 125 Plätze. Direktor Studienrat Dr. Otto Haase. Ärzte: Jenaer Universitätsprofessoren Med.-Rat Prof. Dr. *Giese*, Hausarzt; Professor Dr. *Strohmayer*, Psychiater; Prof. Dr. *Thie-*

mann, Chirurg u. Orthopäde; Prof. Dr. *Hesse*, Zahnarzt; Prof. Dr. *Ibrahim*, Pädiater. 1 Oberschwester, 1 Orthopädin, 35 Erzieher u Pflegepersonal. Gegründet 1890 von Johannes Trüpers als heilpädagogische Anstalt für Kinder u. Jugendliche beiderlei Geschlechts mit nervösen und intellektuellen Entwicklungshemmungen.

3. **Heil-** und **Erziehungsinstitut** für seelenpflegebedürftige Kinder **Lauenstein-Zwätzen e. V.** 2 Häuser: Haus Lauenstein, Jena-Lichtenhain, Haus Bernhard, Jena-Zwätzen.

ca. 10 Morgen. Jena, Saalbahnhof. Zahl der Zöglinge am 1. 1. 1928: 29 m., 8 w., Zugänge 1927: 22 m., 9 w., Abgänge 6 m., 4 w., darunter Todesfälle 1 m. 80 Plätze. 1 Verpflegklasse. Arzt: Dr. med. *Heinrich Hardt.* 3 Schwestern, 8 Pfleger(innen), 7 Lehrer. Gründungsjahr 1924. (Die medizinische und heilpädägogische Arbeit geschieht auf Grund der aus der anthroposophischen Geisteswissenschaft Dr. *Rudolf Steiners* erreichbaren Erweiterung der medizinischen und pädagog. Methoden). Offene Anstalt.

4. Vereinigte **Privatkliniken** von Professor Dr. Berger.

Jerichow a. d. **Elbe** (Provinz Sachsen)

Landes-Heilanstalt. Ebst. Jerichow.

31 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 364 m., 363 w. (einschl. 149 Familienpfleglinge). Zugänge im Vorjahr 98 m., 136 w., Abgänge 53 m., 95 w., darunter Todesfälle 14 m., 30 w. 600 Plätze. 1 Verpflegklasse. Ärzte: Direktor Dr. *Johannes Lange*, stellvertr. Direktor Dr. *Gustav Demohn*, Oberärzte: Dr. *Willibald Häuptner*, Dr. *Herbert Dolega*; Ass.-Arzt: Dr. *Eberhard Matthies.* Gegründet 1900 nach Alts Plänen als Landesasyl zur Einführung der Familienpflege mit 150 Betten. Familienpflege.

Joachimstal i. d. **Mark**

Marienheim. Sanatorium für weibl. Nervenkranke.

4 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 8. Zugänge im Vorjahr 2, Abgänge 6. 8 Plätze. 1 Verpflegklasse. Arzt: Dr. med. *S. v. Velzen.* 1 Schwester. Private offene Anstalt. Gegründet 1899.

Kaiserswerth a. Rh. (Rheinprovinz)

Heilanstalt **Johannisberg** für evang. weibliche Nerven- und Gemütskranke. Eisenbahnstat. Düsseldorf, Dampfschiffstation Kaiserswerth.

25 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 66, Zugänge im Vorjahr 113, Abgänge 104, darunter Todesfälle 11. 125 Plätze, 3 Verpflegklassen. Leitender Arzt: Dr. *Alfred Schaefer.* 34 Diakonissen. Gegründet 1852 durch den Schöpfer des gesamten Kaiserswerther Diakonissenwerkes, Pastor Th. Fliedner. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Katscher (Kreis Leobschütz, Oberschlesien)

Kanonikus Ulbrichsche **Stiftungen.**

Bestand am 1. 1. 1928: 24 irrensieche Frauen, Zugänge 1927: 13, Abgänge 4, darunter Todesfälle 3. 33 Plätze, 1 Verpflegklasse. Vorsitzender: Konsistorialrat OPf. Komareck; Ärzte: 1. Arzt San.-Rat Dr. *Luczny*, 2. Dr. *Pawelke*. 2 Graue Schwestern. Gründung der Anstalt 1884, der Abteilung für irrensieche Frauen Oktober 1926.

Katzenelnbogen i. Taunus (Provinz Hessen-Nassau)

Privat-Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke.

$1^1/_4$ ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 12 m., 62 w., Zugänge im Vorjahr 19 m., 73 w., Abgänge 17 m., 32 w., darunter Todesfälle 1 m., 4 w. 96 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: San.-Rat Dr. *Otto Wolff*, Facharzt f. Psychiatrie, Dr. *Walter Wolff*, prakt. Arzt, *Oskar Freitag*, Ass.-Arzt. 12 Pfleger und Schwestern. Gegründet 1872. In Familienpflege 36 Patienten. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Kaufbeuren (Kr. Schwaben, Bayern)

Kreis-Heil- und Pflegeanstalten für Geisteskranke. A. Hauptanstalt: **Heilanstalt Kaufbeuren,** B. Nebenanstalt: **Pflegeanstalt Irsee.** Ebst. Kaufbeuren.

400 TW. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 339 m., 378 w., Zugänge im Vorjahre 144 m., 156 w., Abgänge 134 m., 136 w., Todesfälle 24 m., 22 w. 750 Plätze, 2 Verpflegklassen. Ärzte: Vorstand beider Anstalten Obermed.-Rat Dr. *Alfred Prinzing*; Oberärzte: Dr. *Wilhelm Caselmann*, Dr. *Adolf Fuchs*; Anstaltsärzte: Dr. *Wilhelm Lenhart*, Dr. *Wilhelm Kutter*, 1 Stelle vakant. 74 Pfleger, 75 Pflegerinnen, darunter 2 Pflegesekretäre, 2 Pflegemeister und vier Pflegemeisterinnen. Gründungsjahr: 1876. Geschlossene Anstalt mit 4 offenen Pavillons und 2 landwirtsch. Kolonien. Zur Heilanstalt Kaufbeuren gehört auch die Pflegeanstalt Jrsee, gegründet 1849. Krankenstand: 119 m., 131 w. Arzt: Oberarzt Dr. *Max Maier*. 24 Pfleger, 26 Pflegerinnen.

Kennenburg bei **Esslingen** (Württemberg)

Privatklinik für Nerven- und Gemütskranke, Süchtige und Psychopathen.

5 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 14 m., 21 w., Zugänge im Vorjahre 43 m., 41 w., Abgänge 46 m., 44 w., darunter Todesfälle 3 m., 1 w. 72 Plätze, 2 Verpflegklassen. Besitzer: San.-Rat Dr. *Reinhold Krauss*, 2. Arzt Dr. *Karl Tuczek*; Ass.-Arzt: Dr. *Hermann Becker*. 3 Pfleger, 3 Oberinnen, 10 Pflegerinnen. Gegründet 1840 als Kaltwasserheilanstalt, im Lauf der letzten Jahre umgebaut nach modernen psychiatrischen Gesichtspunkten und den Bedürfnissen von Kranken gehobener Stände angepaßt.

Kerpen (Rb. Köln, Rheinprovinz)

Marienhospital, Abt. für Idioten. Eigentum der Pfarrgemeinde.

Eröffnet 1893. 1911: 28 Kranke.

Ketschendorf a. d. Spree (Prov. Brandenburg)

Bethanien, Erziehungs- und Pflegeanstalt für Geistesschwache und Epileptiker, Zweiganstalt der Samariter-Anstalten Fürstenwalde a. d. Spree. Ebst. Fürstenwalde.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 74 m., 66 w., Zugänge 1927: 29 m., 16 w., Abgänge 18 m., 22 w., darunter Todesfälle 2 m., 5 w. 165 Plätze, 3 Verpflegklassen. Direktor: Pastor Albert Burgdorf; Arzt: San.-Rat *Max Gembicki*, Ketschendorf. 10 m., 12 w. Pflegep. Gründungsjahr 1892. Geschlossene Anstalt.

Kiedrich (Rheingau, Prov. Hessen-Nassau)

St. Valentinus-Haus, Privatanstalt für weibliche Epileptiker und Schwachsinnige. Ebst. Eltville a. Rh.

1,5 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 333 w., Zugänge im Vorjahr 53, Abgänge 29, darunter Todesfälle 10. 340 Plätze, 3 Verpflegklassen. Leitender Arzt: San.-Rat Dr. *Franz Brühl*. 36 Schwestern. Gründungsjahr 1886. Geschlossene Anstalt.

Kiel (Prov. Schleswig-Holstein)

Psychiatrische und **Nervenklinik** der **Universität** Kiel.

4 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 97 m., 95 w., Zugänge im Vorjahr 1177 m., 763 w., Abgänge 1175 m., 764 w., darunter Todesfälle 44 m., 46 w. 200 Plätze, 3 Verpflegklassen. Direktor: Professor Dr. *Georg Stertz*; Oberarzt: Privatdozent Dr. *Ernst Braun*; Ass.-Ärzte: Privatdozent Dr. *Kurt Kolle*, Dr. *Erich Traumann*, Dr. *Wilhelm Troeltsch*, Dr. *Fritz Rücker-Embden*, Dr. *Erik von Rutkowski*, 3 Medizinalpraktikanten. 77 Pflegepersonen. Gründungsjahr 1901. Außenfürsorge, Familienpflege, Beratungsstelle für psychisch und Nervenkranke, bes. f. Jugendliche. Poliklinische Sprechstunde, psychiatrische Lehrgänge.

Kilchberg bei **Zürich** (Schweiz)

Sanatorium für Nerven- und ruhige Gemütskranke.

130 Plätze, 3 Verpflegklassen. Bestand am 1. 1. 1928: 67 m., 58 w., Zugang 1927: 112 m., 97 w., Abgänge 114 m., 89 w., darunter Todesfälle 5 m., 7 w. Direktor: Dr. *Paul Hoppeler*; Sekundararzt: Dr. *Markus Schiwoff*. 12 Pfleger, 9 Schwestern. Gegründet 1867. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Kirchlindach bei **Bern** (Schweiz)

Heilstätte **Nüchtern** für alkoholkranke Männer.

Gegründet 1891 von e. Verein. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928 34, Zugänge 1927: 40, Abgänge 45. 40 Plätze, 1 Verpflegklasse. Pensionspreis nach Vermögen. Kur 1 Jahr. Vorsteher Gottl. Henggi. Anstaltsarzt: Dr. *Emil Schwander* in Münchenbuchsee. Offene Anstalt.

Klagenfurt (Kärnten)

1. Kärntnerische **Landes**-Irrenanstalt. Ebst. Klagenfurt.

5 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 272 m., 306 w., Zugänge im Vorjahr 152 m., 175 w., Abgänge 144 m., 130 w., darunter Todesfälle 27 m., 33 w. 695 Plätze, 3 Verpflegklassen. Hofrat Dr. *Oskar Filaferro*, Zentraldirektor der Landeswohltätigkeitsanstalten, Primararzt Dr. *Friedrich Nemitz*, Vorstand der Männer-, Primararzt Dr. *Kurt Meusburger*, Vorstand der Frauenabteilung, Hausarzt Dr. *Franz Winter*. 38 Pfleger, 36 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1877. Seit 1916 auch Beobachtungsabteilung. Geschlossene Anstalt.

2. Idiotenanstalt **„Maria Josefinum“, St. Martin** bei Klagenfurt. Schwachs. Kinder vom 6. bis 14 Lebensjahr.

Am 1. 1. 1928: 28 m., 30 w. Zöglinge. Abgänge 5 m., 1 w., darunter 1 Todesfall. 60 Plätze. Arzt: Hofrat Prof. Dr. *Fr. Torgler*. Frauenkomité Präsidentin Fürstin Rosenberg in Klagenfurt, Verein z. Gründung und Erhaltung der Kärntnerischen Idiotenanstalt. 7 Schwestern. Offene Anstalt. Gegründet 1900.

Kleinen (Mecklenburg)

Sanatorium Bad Kleinen für Nervenkranke.

6000 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 1 w., Zugänge 1927: 35 m., 36 w., Abgänge 35 m., 35 w. 18 Plätze, 1 Verpflegklasse. Leitender Arzt: Dr. *Armin Steyerthal*. 2 Schwestern. Das Sanatorium wurde 1925 als Ersatz der in eine Lungenheilanstalt umgewandelten Wasserheilanstalt Kleinen eröffnet. Offene Anstalt.

Klein-Wachau bei Radeberg, Post **Liegau-Augustusbad** (Sachsen)

Anstalt für Epileptische des Landesvereins für **innere Mission.**

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 29 m., 61 w., Zugänge 1927: 5 m., 14 w., Abgänge 10 m., 12 w., darunter Todesfälle 1 m., 2 w. 120 Plätze. 1 Verpflegklasse. P. Adolf Wendelin. Arzt: Dr. med. *Hermann Gampe*. Leitende Schwester Diakonisse Martha Herz. 1 Pfleger, 12 Diakonissen, 8 Hilfsschwestern. Gründungsjahr 1889. Geschlossene Anstalt.

Klingenmünster (Rheinpfalz, Bayern)

Kreis-Heil- und Pflegeanstalt.

70 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 464 m., 479 w., Zugänge im Vorjahr 200 m., 186 w., Abgänge 175 m., 169 w., darunter Todesfälle 30 m., 26 w. 900 Plätze, 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. *Josef*

Klüber; Oberärzte: Dr. *Hermann Müller*, Dr. *Martin Hohl*; Anstaltsärzte: Dr. *Heinrich Schmidt*, Dr. *Ernst Wilh. Ficht*, Dr. *Ludwig Simon*, Dr. *Gustav Reinhardt*. Hilfsärzte. 208 Pfleger und Schwestern. Gegründet 1857. Außenfürsorge, Familienpflege, Beratungsstellen. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen.

Klosterhoven (Rheinprovinz)

Privat-Irrenpflegeanstalt in Zülpich-Hoven für geisteskranke kath. weibl. Personen. Ebst. Zülpich.

20 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 564, Zugänge 1927: 81, Abgänge 78, darunter Todesfälle 33. 630 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Dr. *Ludwig Peters*, leitender Arzt; Dr. *Gustav Neukirchen*, Hilfsarzt. 72 Schwestern. 10. Oktober 1888 eröffnet. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Kobierzyn, (Polen) Pańtwowy Zaktad dla umyslowo i nerwowo chorych Kobierzyn.

Staatliche Anstalt für Geistes- und Nervenkranke.

Bestand am 1. 1. 1928: 547 m., 362 w., Zugänge im Jahre 1927: 339 m., 255 w., Abgänge 255 m., 203 w., darunter Todesfälle 48 m., 41 w. 900 Betten. 3 Verpflegklassen. Direktor: Dozent Dr. *Juljusz Morawski*; Ärzte: Dr. *Feliks Czarniecki*, Dr. *Wladislaw Issajewicz*, Dr. *Wladislaw Stryjenski*, Dr. *Feliks Debski*, Dr. *Anna Kulikowska*, Dr. *Janusz Meißner*. 17 Ordensschwestern, 149 Pfleger und Pflegerinnen. Eröffnet 1918. Geschlossene Anstalt.

Kolberg (Reg. Bez. Köslin, Pommern)

Privatklinik Nervenarzt Dr. Haenisch in Kolberg, Ostseebad.

Verpflegt 1927: 15 m., 17 w. Kranke. 6 Plätze. 3 Verpflegklassen. Arzt und Besitzer: Oberstabsarzt a. D. Dr. *Gerhard Haenisch*, Facharzt für Nerven- und Gemütskranke. 1 Schwester. Gründungsjahr 1924. Kurmittel der See. Sol-Moorbäder. Offene Anstalt.

Köln a. Rhein

1. Psychiatrische **Klinik** der **Universität** Köln in der städt. Krankenanstalt **Köln-Lindenburg**. Ebst. Köln-Lindenthal.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 24 m., 38 w., Zugänge im Vorjahr 1931 m., 1243 w. 115 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. med. Dr. jur. h. c. *Gustav Aschaffenburg*, ordentl. Professor; Oberarzt: Dr. med. Dr. phil. *Kurt Schneider*, ao. Professor; Ass.-Ärzte: Priv.-Doz. Dr. *Kurt Blum*, Dr. *Otto Loofs*, Dr. *Otto Hülsemann*, Dr. *Waldemar Schumacher*, Dr. *Heinrich Flecke*; 3—4 Volontärärzte und Medizinalpraktikanten. 1 Oberin, 16 Pfleger, 24 Pflegerinnen. Eröffnet 1908, vorher städtische

Irrenanstalt auf demselben Gelände. Die „städtische Fürsorgestelle für Nervöse“, deren Sprechstunden im Bürgerhospital stattfinden, wird von Ärzten der Klinik versorgt. Außerdem in der Klinik selbst täglich 11—12 Uhr Poliklinik. Geschlossene Anstalt.

2. **Irren**-Abteilung beim **Gefängnis** zur Beobachtung geistig abnormer Strafgefangener und Feststellung ihrer Strafvollzugsfähigkeit.

Leitender Arzt: Dr. *Plempel.*

Königsberg i. **Pr.** (Prov. Ostpreußen)

Psychiatrische und Nerven-**Klinik** der **Universität** Königsberg (Staatlich!)

26 525 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 72 m., 56 w., Zugänge im Vorjahr 1285 m., 784 w., Abgänge 1197 m., 760 w., darunter Todesfälle 32 m., 44 w. 125 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Geh. Med.-Rat Prof. Dr. *Ernst Meyer*; Oberarzt: Priv.-Doz. Dr. *Kurt Moser*; Assistenten: Dr. *Johannes Paul*, Dr. *Erich Jacobi*, Dr. *Gottfried Petran*, Dr. *Helmut v. Kuhlberg.* 11 Pfleger, 36 Pflegerinnen, 7 Schwestern. Gründungsjahr 1913. Poliklinische Sprechstunde, Jahresfrequenz 796. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen.

Königsfelden bei **Brugg** (Kanton Aargau, Schweiz)

Kantonale Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Brugg.

39 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 367 m., 415 w., Zugänge 1927: 125 m., 107 w., Abgänge 130 m., 113 w., darunter Todesfälle 22 m., 32 w. 818 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Dir. Dr. *Arthur Kielholz*, Dr. *Ernst Siegenthaler*, Dr. *Fritz Blattner*, Dr. *Ernst Sikemeier*; 2 Ass.-Ärzte. 84 Pflegepersonen. Irrenabteilung geschichtlich nachgewiesen seit 1540. Neue Anstalt wurde 1873 eröffnet. Außenfürsorge, Familienpflege. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Königslutter (Braunschweig)

Landes-Heil- und Pflegeanstalt.

300 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 264 m., 324 w., 1. 1. 28: 290 m., 344 w., Zugänge 1926 93 m., 125 w., Abgänge 73 m., 95 w., Zugänge 1927: 116 m., 105 w., Abgänge 90 m., 85 w., darunter Todesfälle 1926: 17 m., 35 w., 1927: 14 m., 32 w. 616 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Anstaltsdirektor Dr. *Ernst Grütter*; Oberärzte: Dr. *Hermann Meyer*, Dr. *Friedrich Stahr*; Anstaltsärzte: Dr. *Kurt Schlüter* und Dr. *Kurt Magunna*; Dr. *Walter Renz*, Assistenzarzt. 58 Pfleger, 72 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1865. Als Korridorbau auf dem Boden des Klosters Königslutter errichtet, später im Villenstil erweitert. Außenfürsorge. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Konstanz a. Bodensee (Baden)

Badische Heil- und Pflegeanstalt bei Konstanz. Ebst. Reichenau am Bodensee.

85 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 242 m., 267 w., Zugänge im Vorjahr 313 m., 271 w., Abgänge 295 m., 264 w., darunter Todesfälle 17 m., 19 w. 595 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. med. *Maximilian Thumm*; Oberarzt: Dr. *Ludwig Schneider*; Anst.-Ärzte: Dr. *Hermann Zwilling*, Dr. *Walter Füßlin*; Ass.-Ärztin: Frau Dr. *Johanna Liguori-Hohenauer*. 49 Pfleger, 56 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1909. Außenfürsorge (1. 3. 1928: 315 m., 399 w.), Beratungsstelle für psychisch und Nervenkranke in der Anstalt, monatliche Beratungsstunde in Singen und ¼jährl. in Überlingen. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung und angegliederter Trinkerheilstätte. An der Anstalt ist ein serologisches Untersuchungsinstitut, das nicht nur die Anstalt, sondern auch die prakt. Ärzte und Krankenhäuser des badischen Seekreises bedient.

Kork bei **Kehl** (Baden)

Heil- und Pflegeanstalt für Epileptische. Ebst. Kork. Eigt. e. Vereins.

5—6 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 100 m., 106 w., Zugänge 1927: 24 m., 19 w., Abgänge 14 m., 26 w., darunter Todesfälle 2 m., 7 w. 230 Plätze. 3 Verpflegklassen. Direktor: Pfarrer D. Wilhelm Ziegler; Anstaltsarzt: Dr. med. *Heinrich Wiederkehr*. 3 Pfleger, 35 Schwestern. Gründungsjahr 1892. Offene Anstalt.

Kortau bei **Allenstein** (Prov. Ostpreußen)

Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Allenstein.

255 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 484 m., 688 w., Zugänge 236 m., 244 w., Abgänge 189 m., 183 w., darunter Todesfälle 22 m., 43 w. 1100 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor San.-Rat Dr. *Friedrich Lullies*; Oberärzte: Dr. *Oskar Kurrer*, Dr. *Arthur Powels*, Dr. *Heinrich Schröder*, Dr. *Otto Schütze*; Anst.-Ärzte: *Robert Rakutz*, Dr. *Kurt Teschendorf*; Ass.-Arzt: *Albrecht Burdach*. 104 Pfleger, 136 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1886. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen.

Bad Kösen (Prov. Sachsen)

Ärztlich geleitetes Erholungsheim für Nervenkranke, Friedrichstraße 18. **Privat**-Heilanstalt.

Das Erholungsheim ist bestimmt für die Aufnahme leichter Fälle von funktionellen und organischen Nervenerkrankungen, nervösen Erschöpfungszuständen und ferner für Entziehungskuren (von Alkohol, Morphium, Cocain usw.), soweit eine ganz offene Behandlungsweise hierfür Erfolg verspricht. 12 Plätze. 8—10 M. Arzt: San.-Rat Dr. *F. Lehmann*.

Krakow (Polen)

Klinika Chorob Nerwowych i. Umyslowych w. Krakowie (Polska). (Klinik für Nerven- und Geisteskranke).

Am 1. 1. 1928: 33 m., 34 w., Zugänge 224 m., 188 w., Abgänge 345, davon Todesfälle 10 m., 8 w. 90 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Dir. Prof. Dr. *Jan Piltz*; Assistenten: Dr. *Aurelja Sikorska*, Dr. *Wladyslaw Chlopicki*, Dr. *Wlodzimierz Godlowski*, Dr. *Tadeusz Frackowiak*, Dr. *Stanislaw Paszkowski*; Koassistenten: *Jan Gallus*, *Adam Kunicki*, *Jadwiga Sikorska*. Leiter des chem. und ser. Laboratoriums: Dr. *Aurelja Sikorska*, des anat. Laboratoriums Dr. *Eugenjusz Brzezicki*, des psychologischen Laboratoriums Dr. *Wladysl. Medynski*, Leiterin des Dispensatoriums für Kinder mit Sprachstörungen Dr. *Aleksandra Stepowska*, Leiter des Dispensatoriums für nervöse Kinder Dr. *W. Medynski*. 30 Pflegerinnen. Offene, halboffene und geschlossene Pavillons. 1914 gegründet.

Kraschnitz (Kreis Militsch, Provinz Schlesien)

Deutsches Samariter-**Ordensstift.** Heil- und Pflegeanstalt für Schwachsinnige, Blöde und Epileptische. Ebst. Kraschnitz.

4,54 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 249 m., 334 w., Zugänge 1927: 34 m., 51 w., Abgänge 25 m., 30 w., darunter Todesfälle 15 m., 16 w. 602 Plätze. 3 Verpflegklassen. Vorsitzender des Verwaltungsrates: Fideikommissbesitzer Graf von Sauerma-Ruppersdorf. Leitender Arzt: Oberarzt Dr. *P. Meyer*. 27 Pfleger, 48 Schwestern. Gründungsjahr 1860. Stifter: Adelberdt Graf von der Recke von Volmerstein. Verbunden mit Diakonissenmutterhaus und Diakonenanstalt.

Krefeld (Reg.-Bez. Düsseldorf, Rheinprovinz)

1. **Alexianer**-Heil- und Pflegeanstalt für männliche Geistes- und Nervenkranke.

80 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 298 m., im Vorjahr Zahl der Zugänge 83 m., Zahl der Abgänge 85 m., darunter 27 Todesfälle. 300 Plätze, 2 Verpflegklassen. Leitender Arzt: Nervenarzt Dr. *Moritz Wahn*, 1 Assistenzarzt. 25 Alexianerbrüder, 6 weltliche Pfleger. Gegründet 1870. Beratungsstelle für psychisch und Nervenkranke. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

2. Private Heil- und Pflegeanstalt für gemüts- und geisteskranke Frauen, **Dreifaltigkeits-Kloster** Königshof-Krefeld.

70 000 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 439 w., im Vorjahre Zahl der Zugänge 170 w., Zahl der Abgänge 118 w., darunter Todesfälle 52 w. 440 Plätze, 3 Verpflegklassen. Ärzte: Leitender Arzt Dr. *Ewald Kirch*, 2. Arzt Dr. *Johannnes Wolfers*. 45 Ordensschwestern, 16 weltliche Pflegerinnen. Gegründet 1895 von der Genossenschaft der Augustinerinnen in Neuß. Geschlossene Anstalt mit einer offenen Abteilung für freiwillige Pensionäre.

Kreuzburg (Oberschlesien)

1. **Provinzial**-Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Kreuzburg OS.

500 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 309 m., 242 w., Zugänge im Vorjahre 116 m., 76 w., darunter Todesfälle 16 m., 23 w. 585 Plätze, 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor San.-Rat Dr. *Johannes Bresler*; stellvertr. Dir. Oberarzt San.-Rat Dr. *Johannes Wende*; Oberarzt: Dr. *Wilhelm Mack*. 47 Pfleger, 34 Pflegerinnen. In dem 1776—1779 von Friedrich dem Großen erbauten Armenhaus wurde 1873 eine Provinzialirrenanstalt eingerichtet. Familienpflege. Geschlossene Anstalt.

2. **Marienheim,** Nervenheilanstalt für leicht nervenkranke Damen, Eigentum des Diakonissenmutterhauses Bethanien.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 33, Zugänge 1927: 15, Abgänge 19, darunter Todesfälle 3. 36 Plätze, 2 Verpflegklassen. Pastor Karl Ulbrich, Vorsteher des Diakonissenmutterhauses. Leit. Arzt: San.-Rat Dr. *Johannes Bresler*. 8 Schwestern. 1910 gegründete geschlossene Anstalt.

Kreuzlingen (Kanton Thurgau, Schweiz)

Dr. Binswanger's Kuranstalt **Bellevue** für Nerven- und Gemütskranke.

9 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 35 m., 35 w., Zugänge im Vorjahr 105, (55 m., 50 w.), Abgänge 58 m., 42 w. 80 Plätze, 1 Verpflegklasse. Ärzte: Chefarzt Dr. *Ludwig Binswanger*; Hausärzte: Prof. Dr. *O. Wuth*, Dr. *E. Wenger*, Frau Dr. *M. Wenger*. 48 Pflegepersonal. Gegründet 1857. Offene Anstalt mit geschlossener Abteilung.

Bad Kreuznach (Reg.-Bez. Koblenz, Rheinprovinz)

Privatanstalt für Schwachsinnige. **Diakonie**-Anstalten Bad Kreuznach:

1. Anstalt **Bethanien,** Kreuznach für bildungsfähige Mädchen mit erstklassiger Schule.

2. Haus **Pella,** Kreuznach für erwachsene weibl. Schwachsinnige und Psychopathen.

3. Anstalt **Eben-Ezer** zu Asbacher Hütte, Post Kempfeld, Station Fischbach-Weierbach für ältere bzw. nicht bildungsfähige weibl. Schwachsinnige mit bes. Stat. f. Tuberkulöse.

4. Anstalt **Hüttenberg** zu Sobernheim a. d. Nahe für nichtbildungsfähige weibl. Schwachsinnige.

5. und 6. Haus **Bethlehem** und Knabenheim der Kolonie **Hilfmir** zu Niederreidenbacher Hof b. Fischbach-Weierbach für nichtbildungsfähige Kinder.

7. Abteilung für Schwachsinnige der Anstalt **Zoar** zu Hof-Rechtenbach bei Wetzlar für nichtbildungsfähige Mädchen.

8. Abteilung für Schwachsinnige der Erziehungsanstalt **Niederweinesbach** bei Fischbach-Weierbach für nichtbildungsfähige Mädchen.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 47 m., 730 w., Zugänge 1927: 8 m., 83 w., Abgänge 5 m., 57 w., darunter Todesfälle 1 m., 16 w., 840 Plätze, 1 Verpflegklasse, in Bethanien 2. Direktor: Pfarrer D. Reich, Bad Kreuznach. Ärzte: für 1 und 2 Dr. *Karl Hussel*, Kreuznach, 3 Dr. *Faber Kempfeld*, 4 Dr. *Kleinschmidt*, Sobernheim, 5 und 6 Dr. *Coester*, Kim, 7 Dr. *Erler*, Hörnsheim, 8 Dr. *Priemer*, Herrstein. 77 Pflegepersonen. 1890 eröffnet.

Kriegstetten, Kanton Solothurn (Schweiz)

Privat-Anstalt für schwachsinnige Kinder im schulpflichtigen Alter.

Am 1. 1. 1928: 52 m., 48 w. Zöglinge, Zugänge 1927: 111 m., 12 w., Abgänge 9 m., 5 w., 110 Plätze, 1 Verpflegklasse. Hausvater: Wilh. Fillinger; Arzt: Dr. *H. Stampfli.* 6 Lehrkräfte, 6 Pflegekräfte. Offene Anstalt. 1894 gegründet.

Kropp (Prov. Schleswig-Holstein)

Heil- und Pflegeanstalt der Ev. luth. Diakonissenanstalt **Bethanien** in Kropp b. Schleswig für Geistes- und Nervenkranke.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 37 m., 208 w., Zugänge 1927: 15 m., 102 w., Abgänge 5 m., 34 w., darunter Todesfälle 2 m., 19 w. 252 Plätze, 3 Verpflegklassen. Ärztlicher Leiter: Direktor Dr. *Fritz Fliedner.* 2. Arzt: Dr. *Hans Krause.* 3 Pfleger, 27 Schwestern und Pflegerinnen. Gegründet 1879. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Kühr, Niederfell a. d. Mosel (Rheinprovinz)

Herz-Jesu-Haus, Pflegeanstalt für weibl. Geistesschwache. Ebst. Lehmen a. d. Mosel.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 304 w., Zugänge 1927: 44, Abgänge 37, darunter Todesfälle 10. 315 Plätze, 1 Verpflegklasse. Dr. med. *Joseph Krahe*, Anstaltsarzt. 48 Schwestern. 1884 gegründet.

Küsnacht b. **Zürich** (Schweiz)

Nervensanatorium Küsnacht.

36 000 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 17 m., 9 w., Zugänge im Vorjahr 53 m., 40 w., Abgänge 43 m., 42 w., darunter Todesfälle 4 m., 1 w. 42 Plätze, 1 Verpflegklasse. Ärzte: Direktor und Besitzer Dr. med. *Th. Brunner*; Hausarzt: Dr. *Hans Nahme.* 16 Pfleger und Schwestern. Gründungsjahr 1890. Halboffene Anstalt.

Kutzenberg b. **Ebensfeld** (Oberfranken, Bayern)

Oberfränkische Kreis-Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Ebensfeld.

134 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 296 m., 272 w., Zugänge 1927: 79 m., 71 w., Abgänge 61 m., 58 w., darunter Todesfälle 10 m., 22 w. 600 Plätze, 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. *Karl Schwarz*; Oberarzt: Dr. *Jakob Faas*; Anstaltsärzte: Dr. *Georg Bischof*, Dr. *Hans Opel*. 51 Pfleger, 11 Pflegerinnen, 36 Schwestern. Gründungsjahr 1905. Offene Anstalt. Außenfürsorge, Familienpflege, Beratungsstelle für psychisch und Nervenkranke.

Le Landeron (Kanton Neuchâtel)

Clinique **Bellevue** für Gemüts- und Nervenkranke und Trunksüchtige.

20 000 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 12 m., 15 w., Zugänge 1927: 30 m., 37 w., Abgänge 1927: 23 m., 32 w., darunter Todesfälle 2 m., 2 w. 25—30 Plätze, 1 Verpflegklasse. Leit. Arzt: Dr. *Henry Bersot*. 7—8 Pfleger(innen). Gründungsjahr 1882. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Außenfürsorge, Beratungsstelle.

Landsberg a. d. Warthe (Prov. Brandenburg)

Brandenburgische **Landes**anstalt mit Abteilungen für Geisteskranke, körperlich Sieche und Fürsorge für Wanderer. Ebst. Landsberg (Warthe).

1400 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 663 m., 608 w., Zugänge im Vorjahr 220 m., 228 w., Abgänge 262 m., 220 w., darunter Todesfälle 62 m., 84 w. 1320 Plätze, 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor San.-Rat Dr. *Georg Marthen*. Stellvertr. Oberarzt Dr. *Friedrich Baumann*; Oberärzte: Dr. *Wilhelm Försterling*, Dr. *Hugo Birnbaum*, Dr. *Oskar Rein*, Dr. *Julius Hallervorden*; Ass.-Ärztin: Dr. *Frieda Baltruweit*; Hilfsarzt: Dr. *Heinz Lohwasser*. 230 Pflegepersonal. Gegründet 1888. Geschlossene Anstalt mit offn. Abteilung. Außenfürsorge, Familienpflege.

Langenhagen b. Hannover

Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Langenhagen.

164 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928:

	Hauptanstalt	Beobachtungsstation
	431 m., 401 w.	23 m., 12 w.
Zugänge im Vorjahr	126 m., 85 w.	314 m., 204 w.
Abgänge im Vorjahr	104 m., 71 w.	281 m., 193 w.
darunter Todesfälle	18 m., 6 w.	13 m., 12 w.

Hauptanstalt 874 Plätze, Beobachtungsstation 50, je 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Landesobermed.-Rat Dr. *Eduard Schütte*, 1. Oberarzt u. stellvertr. Dir. Landes-Med.-Rat Dr. *Ernst Rinne*, Oberarzt Dr. *Gero Wildt*; Hilfsärzte: Dr. *Gustav Brandes*, Dr. *Karl Wentzlau*, Dr. *Helene*

Seifer-Rosenstock. 47 Pfleger und 98 Pflegerinnen. Gegründet 1862, eröffnet als Wohltätigkeitsanstalt zunächst nur für bildungsfähige Kinder unter Leitung eines Pädagogen. 1868 einem ärztlichen Leiter unterstellt, 1897 von der Provinz Hannover übernommen und von 1902 ab umgebaut und erweitert. Anstaltsschule mit 6 Lehrkräften. 1906 wurde die Beobachtungsstation für Geisteskranke der Stadt Hannover mit 50 Betten angegliedert. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Außenfürsorge.

Laßnitzhöhe bei **Graz,** Steiermark

Offene **Privat**-Heilanstalt für leichte Psychosen.

8 Plätze. Leiter: Obermed.-Rat Dr. *Eduard Miglitz*; Hausarzt: Dr. *Eduard Miglitz* jun. Gegründet 1900.

Laubnitz, Kr. Frankenstein (Prov. Schlesien)

Abteilung für weibl. Geisteskranke im **Josephstift.** Ordensanstalt der Borromäerinnen.

1911: 160 Plätze. Arzt: Dr. *L. Schulz* in Camenz.

Lauenburg (Prov. Pommern)

Provinzial-Heilanstalt. Ebst. Lauenburg.

224 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 405 m., 457 w., Zugänge im Vorjahr 194 m., 157 w., Abgänge 163 m. 133 w., darunter Todesfälle 20 m., 41 w. 935 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor San.-Rat Dr. *Franz Encke*; Vertreter des Direktors: Oberarzt Dr. *Johannes Banse*; Oberärzte: Dr. *Kurt Frommer*, Dr. *Fritz Braunert*; Assistenzärzte: Dr. *Hans Heinrich Gerhardt*, Dr. *Annemarie Schnell*, Dr. *Werner Ziegner*. 73 Pfleger, 84 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1889. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Außenfürsorge, Familienpflege, Beratungsstelle für psychisch und Nervenkranke.

Lavigny b. **Aubonne** (Kanton Waadt, Schweiz)

Anstalt der Société en faveur des épileptiques à Lausanne.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 98 m., 73 w., Zugänge 1927: 19 m., 8 w., Abgänge 13 m., 11 w., darunter Todesfälle 6 m., 4 w. 175 Plätze. 1 Verpflegklasse. Direktor: Rieben Eugéne. Arzt: Dr. *Alf. Bergier*, Aubonne. 15 Pflegepersonal. Gegründet 1907. Offene Anstalt.

Leipe (Kreis Jauer, Prov. Schlesien)

Heilstätte **Leipe,** Trinkerheilanstalt des Vereins zur Errichtung schlesischer Trinkerasyle.

Bestand am 1. 1. 1928: 12 m., Zugänge 1927: 18, Abgänge 14. 18 Plätze. 2 Verpflegklassen. Leiter Diakon Wilhelm Abel. Arzt: Dr. *Tietze*, Bölkenhain. Gegründet 1893. Offene Anstalt.

Leipzig (Sachsen)

1. Psychiatrische und Nerven-**Klinik** der **Universität** Leipzig, Philipp-Rosenthalstr. 29.

29 910 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 58 m., 80 w., Zugänge im Vorjahr 1566 m., 1030 w., Abgänge 1488 m., 1020 w., darunter Todesfälle 49 m., 62 w. 235 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Prof. Dr. *Paul Schröder*, Privatdozent Dr. *Willibald Scholz*, Dr. *Hans Heinze*, Dr. *Franz Baumeyer*, Dr. *Alexander Knoll*, Dr. *Fritz Flügel*, Dr. *Gerhard Schorsch*, Dr. *Johannes Suckow*, Dr. *Herbert Weigel*, Dr. *Hans Focht*. 52 Pfleger, 53 Pflegerinnen, darunter 15 Schwestern. Gründungsjahr 1882. Poliklinik für Erwachsene und für Jugendliche. Abteilungen für Geisteskranke und für Nervenkranke. Beobachtungsabteilung für jugendliche Psychopathen.

2. **Landes**-Heil- und **Pflegeanstalt Leipzig-Dösen.** Ebst. Leipzig.

33,66 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 689 m., 519 w., Zugänge im Vorjahr 397 m., 149 w., Abgänge 347 m., 165 w., darunter Todesfälle 100 m., 62 w. 1150 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Ober-Reg.-Med.-Rat Dr. *Erich Wendt*, stellv. Direktor Ober-Reg.-Med.-Rat Dr. *Helmut Müller*, Prof. Dr. *Hugo Kufs*, Leiter d. Laboratoriums. Reg.-Med.-Räte Dr. *Theodor Reinhold Schneider*, Dr. *Johannes Gottschick*, Dr. *Berthold Berlit*, Dr. *Johannes Vieweger*, Dr. *Gerhard Müller*, Dr. *Noebel*, Dr. *Eugen Schulz*. Hilfsärzte: Dr. *Bernhard Weise*, Dr. *Helene Lehmann*. 3 Pflegevorsteher, 85 Pfleger, 8 ungeprüfte Pfleger, 2 Oberinnen, 86 Schwestern, 12 Pflegerinnen, 82 Wärterinnen. Gründungsjahr 1901, als städtische Anstalt, ging am 1. 1. 1913 infolge des neuen Irrenfürsorgegesetzes in den Besitz des sächsischen Staates über. Geschlossene Anstalt. Außenfürsorge, Familienpflege, Beratungsstelle für psychisch und Nervenkranke.

3. **Privat**-Sanatorium **Hartheck** bei Gaschwitz-Leipzig für Nerven- und Gemütskranke.

Siehe Hartheck!

Lemgo (Lippe-Detmold)

Erziehungs-, Unterrichts-, Beschäftigungs-, Heil- und Pflege**anstalt** der innern Mission für Geistesschwache, Blöde und Fallsüchtige. **Eben-Ezer.** Ebst. Lemgo.

30 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 149 m., 127 w., Zugänge 1927: 20 m., 14 w., Abgänge 12 m., 13 w., darunter Todesfälle 4 m., 6 w. 300 Plätze. 1 Verpflegklasse. Direktor: Missionar H. Diehl; Anstaltsarzt: Dr. *Wilhelm Nolting*. 14 Pfleger, 21 Schwestern. Gründungsjahr 1862. Offene Anstalt mit geschlossener Abteilung.

Lengerich (Prov. Westfalen)

Provinzial-Heilanstalt. Ebst. Lengerich.

216 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 401 m., 403 w., Zugänge im Vorjahre 164 m., 102 w., Abgänge 125 m., 83 w., darunter Todesfälle 27 m., 21 w. 781 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Provinzial-Ober-Med.-Rat Dr. *Alfred Schmidt*, Provinzial-Med.-Rat Dr. *Karl Mertens*, Oberärzte: Dr. *Wilhelm Westrum*, Dr. *Friedrich Winter*; Ass.-Arzt Dr. *Wilhelm Schneider*. 58 Pfleger, 69 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1864. Ausgedehnte Familienpflege. Geschlossene Anstalt.

Leschnitz (Oberschlesien)

Provinzial-Pflege- und Erziehungsanstalt. Ebst. Leschnitz Oberschlesien.

117 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 238 m., 100 w., Zugänge 1927: 51 m., 27 w., Abgänge 54 m. 49 w., darunter Todesfälle 5 m., 3 w. 360 Plätze. 1 Verpflegklasse. Direktor Dr. *Otto* v. *Jakubowski*; Anstaltsarzt Dr. *Hugo Rachfahl* (im Nebenamt). Gegründet am 9. 10. 1871 vom Verein für Erziehung und Unterricht Geistesschwacher, seit 1. 4. 1914 Übernahme durch die Provinz. Offene Anstalt. Die Anstalt dient zur Aufnahme von schwachsinnigen, epileptischen oder sonst geistig abnorm veranlagten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen und hat einen simultanen Charakter.

Leubus (Prov. Niederschlesien)

Provinzial-Heil- und Pfleganstalt.

165 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 492 m., 586 w., Zugänge im Vorjahr 174 m., 133 w., Abgänge 168 m., 135 w., darunter Todesfälle 25 m., 37 w. 1330 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. *Friedrich Seemann*, Oberärzte: Dr. *Walter Fünfstück*, stellvertr. Direktor, Dr. *Hans Tausch*, Dr. *Paul Flemming*; Abteilungsärzte: Dr. *Wilhelm Mohr*, Dr. *Erwin Baege*, Dr. *Gerhard Hoppe*, Ass.-Arzt: Dr. *Max Bandelow*; Vol.-Arzt: *Harry Michalowitsch*. 98 Pfleger, 87 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1830. Die Anstalt besteht aus der alten Anstalt Kloster Leubus, eröffnet 1830, und der eine halbe Stunde entfernten neuen Anstalt Städtel Leubus, eröffnet 1906. Geschlossene Anstalt. Außenfürsorge, Familienpflege.

Leutesdorf (Reg.-Bez. Koblenz)

Sanatorium **Johanneshöhe.** Privattrinkerheilanstalt. Nur Entziehungskuren.

20 Plätze. 2 Verpflegklassen. Direktor Johannes M. Haw; Arzt: Med.-Rat Dr. *J. Schreck*. 8 Pflegepersonal. Gegründet 1927. Offene Anstalt mit fester Hausordnung.

Libau (Lettland)

Psychiatrische Abteilungen des **Stadt**krankenhauses.



Bestand am 1. 1. 1928: 17 m., 28 w., Zugänge 1927: 137 m., 119 w., Abgänge 102 m., 115 w., darunter Todesfälle 16 m., 7 w. 50 Plätze. 2 Verpflegklassen. Arzt: Dr. med. *Harald Liebert.* Gegründet 1904, offene Abteilung 1926. 5 Pfleger, 7 Schwestern und Pflegerinnen. Ferner Abteilung für Nervenkranke, Bestand am 1. 1. 1928: 18, Jahresaufnahme 129, vorwiegend organische Nervenkrankheiten. Ein Asyl für etwa 15 schwachsinnige Kranke ist dem Armenhause angegliedert.

Liebenau bei **Tettnang** (Württemberg)

Pflege- und Bewahranstalt **St. Galluspflege** für Schwachsinnige, Epileptische und Gebrechliche. Pfleganstalt mit Abteilungen in **Hegenburg** und **Rosenharz.**

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 236 m., 298 w., Abgänge im Vorjahre 47 m., 40 w., darunter Todesfälle 25 m., 28 w. 535 Plätze. 1 Verpflegklasse. Direktor Wilhelm; Arzt: Dr. *Wilhelm Beucker.* Gegründet 1870, St. Gebhardihaus in Hegenberg 1909, und St. Gertrudisheim in Rosenharz 1925. 70 Plätze. Bestand am 1. 1. 1928: 65.

Liebenburg am Harz (Prov. Hannover)

Privat-Heil-und Pfleganstalt für Nerven- und Gemüts**kranke.**

Leitender Arzt: Dr. *Fontheim.*

Bad Liebenstein (Thüringen)

Sanatorium Dr. Eichler-Seige in Bad Liebenstein.

3,5 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 29 m., 54 w., Zugänge im Vorjahr 102 m., 247 w., Abgänge 111 m., 229 w., darunter Todesfälle 1 m., 1 w. 85 Plätze. 1 Verpflegklasse. Ärzte: Dr. *Max Seige*, Facharzt für Nervenkrankheiten, Dr. *Felix Eichler*, Facharzt für innere Kr., Dr. *Otto Barchewitz.* Gründungsjahr 1855. Offene Anstalt.

Liestal (Kanton Baselland, Schweiz)

Kantonsspital **Baselland,** psychiatrische Abteilung. Ebst. Liestal.

20 000 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 79 m., 106 w., Zugänge 1927: 65 m., 58 w., Abgänge 62 m., 59 w., darunter Todesfälle 13 m., 18 w. 220 Plätze. 2 Verpflegklassen. Dr. med. *Edmund Seelig*, leitender Arzt, Dr. med. *Hermann H. Schierle*, Assistenzarzt. 12 Diakone, 12 Diakonissen.

Lindau am Bodensee, Bayern

Privatklinik Dr. Speer, Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke, Neurosen bevorzugt.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 5 m., 3 w., Zugänge 31 m., 26 w., Abgänge 28 m., 23 w., darunter 1 Todesfall (m.). 10 Plätze, Erweiterung bis auf 20. 1 Verpflegklasse. Leitender Arzt Dr. *Ernst Speer*, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, II. Arzt Dr. *John Rittmeister*, Facharzt für Psychotherapie. 3 Diakonissen. Offene Anstalt, gegründet 1921.

Lindenfels (Hessen-Darmstadt)

Sanatorium Dr. Schmitt. Offene Privatanstalt für leicht Nervöse und Erholungsbedürftige.

12 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 45 m., 31 w., Zugänge 1927: 615 m., 403 w., Abgänge 615 m. 403 w. 120 Plätze, 2 Verpflegklassen. Ärzte: Dr. *N. Schmitt*, Dr. *H. Neubert*, Dr. *T. Buchbinder*. 4 Pflegepersonen. 1890 als Kaltwasserheilanstalt von S. B. Schmitt gegründet.

Lindenhaus bei **Brake** (Lippe)

Lippische Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Brake.

20 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 220 m., 201 w., Zugänge im Vorjahr 44 m., 59 w., Abgänge 39 m., 57 w., darunter Todesfälle 11 m., 22 w. Z. Zt. 498 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor und Prof. Dr. *Erich Friedlaender*, Oberarzt Dr. *Georg Müller*, Assistenzarzt: Dr. *Friedrich Ament*. 61 Pfleger und 40 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt.

Lintorf (Kr. Düsseldorf, Rheinprovinz)

1. Heilanstalt **Bethesda** für männl. Alkoholkranke. Ebst. Lintorf.

2 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 31, Zugänge 1927: 80, Abgänge 81. 36 Plätze. 1 Verpflegklasse. Vorsteher: Pastor Friedrich Kruse in Lintorf, Anstaltsarzt: Prof. Dr. *Hildebrandt*, leitender Arzt der innern Abt. des Diakonen-Krankenhauses Duisbug und dessen Assistenten. 1 Hausvater und 2 Diakonen. 1901 gegründet. Offene Anstalt.

2. Kurhaus **Siloah** auf Anregung von Werner Nasse 1879 als älteste deutsche Anstalt begründet, nimmt, vollständig erneuert, Ostern 1929 seine Arbeit an alkoholkranken Herren wieder auf.

24 Plätze. 1 Verpflegklasse. Leitung wie bei Nr. 1. Offene Anstalt.

Linz a. Rh. (Rheinprovinz)

St. Antoniushaus der Caritasgesellschaft, Erziehungsanstalt der Franziskanerbrüder für geistesschwache Knaben.

Bestand am 1. 1. 1928: 80, Zugänge 1927: 6, Abgänge 4. 81 Plätze. 1 Verpflegklasse. Arzt: Dr. *Carl Schnorrenberg*. 4 Pfleger. Offene Anstalt, gegründet 1889. Seit 1922 ist ein großer Teil der Anstalt als Knabenheim eingerichtet, jedoch nicht als endgültig.

Littenheid b. **Sirnach** (Kanton Thurgau, Schweiz,

Asyl **Littenheid,** Privatanstalt Gebr. Schwyn. Ebst. Wil.

100 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 272 m., 212 w., Zugänge 1927: 103 m., 73 w., Abgänge 87 m., 56 w., darunter Todesfälle 13 m. 17 w. 500 Plätze. 3 Verpflegklassen. Besitzer: Gebr. Schwyn, Asylarzt: Dr. *E. Baumann*; Assistent: Dr. *de Spindler*. 43 Pfleger und Schwestern. Gründungsjahr 1880. Geschlossene Anstalt mit offner Abteilung (Erholungsheim, Pensionär-Abteilung).

Ljubljana (früher Laibach, Krain, Slovenska)

Neurologisch-psychiatrische Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses.

170 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 34 m., 28 w., Zugänge im Vorjahr 454 m., 390 w., Abgänge 437 m., 386 w., darunter Todesfälle 11 m. 13 w. 80 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Vorstand Primarius o. h. Dozent Dr. *Ivan Robida*; Ass.-Arzt: Dr. *Michael Kamin*. Hilfsärzte wechselnd. 3 Schwestern, 16 Pfleger. Gründungsjahr 1918. Offene und geschlossene Abteilungen. Beratungsstelle, Ambulatorium.

Lohr am Main, Unterfranken (Bayern)

2. unterfränkische **Kreis-** Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Lohr.

117 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 275 m., 268 w., Zugänge im Vorjahr 80 m., 57 w., Abgänge 57 m., 58 w., darunter Todesfälle 13 m., 16 w. 518 Plätze. 1 Verpflegklasse (nur 3. Kl.). Direktor Dr. med. *Richard Stoeckle*. Oberärzte: Dr. *Josef Müller*, Dr. *Max Schneider*; Assistenzarzt: Dr. *Josef Wallrapp*. 55 Pfleger, 49 Pflegerinnen. 1912 eröffnet. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Außenfürsorge.

Löwenberg in Schlesien

Irrenanstalt **St. Hedwigsstift.**

Ludwigsburg (Württemberg)

Privat-Pfleganstalt für Geisteskranke.

1911: 8 Kranke. Bes. und Vorst. Frl. Marta Krauß. Arzt: San.-Rat Dr. *E. Knapp*.

Ludwigshafen am Rhein

Abteilung für Geisteskranke am städtischen Krankenhause.

12 Plätze zur vorübergehenden Aufnahme akuter Psychosen. Leiter: San.-Rat Dr. *Fritz Kaufmann*.

Lübben, Spreewald (Prov. Brandenburg)

Brandenburgische **Landes**-Pflegeanstalt. Ebst. Lübben, Spreewald.

8 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 329 m., 293 w. Erwachsene, 210 m., 150 w. Jugendliche, Zugänge im Vorjahre 85 m., 64 w. Erwachsene, 28 m., 33 w. Jugendliche, Abgänge 47 m., 40 w. Erwachsene, 57 m., 38 w. Jugendliche, darunter Todesfälle 34 m., 30 w. Erwachsene, 17 m., 7 w. Jugendliche. 998 Plätze, darunter 240 für körperlich Sieche, die übrigen für Idioten. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor San.-Rat Dr. *Leonhard Roesen*; Oberärzte: Dr. *Georg Liebert*, stellvertr. Direktor, Dr. *Walter Hermes*, Dr. *Karl Sitzler*. 40 Pfleger und 96 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1893. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Familienpflege.

Lübeck, Freie und Hansastadt

1. Heilanstalt **Strecknitz** (für Nervöse und Geisteskranke) Lübeck Ebst. Lübeck. 4,0 km.

54 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 183 m., 176 w., Zugänge im Vorjahr 173 m., 148 w., Abgänge 177 m., 135 w., darunter Todesfälle 27 m., 24 w. 3 Verpflegklassen. 386 Plätze. Ärzte: Direktor Dr. *Johannes Enge*; Oberärzte: Dr. *Willi Dockhorn*, Dr. *George Reid*; 2 Med. Prakt. 38 Pfleger, 36 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1912. Ersetzte die seit 1787 bestehende Staatsirrenanstalt (Dr. Eschenburg, Geschichte der Lübecker Irrenanstalt, 1844 Lübeck). Geschlossene Anstalt mit offener Nervenabteilung. Außenfürsorge, Beratungsstelle für psychisch und Nervenkranke.

2. Erziehungs- und Pflegeheim **Vorwerk,** Anstalt für geistesschwache Jugendliche. Eigentum eines Vereins.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 116 m., 79 w., Zugänge im Vorjahr 29 m., 20 w., Abgänge 10 m., 8 w., darunter Todesfälle 2 w. 200 Plätze. 2 Verpflegklassen. Direktor P. Burwick (Päd.); Arzt: Dr. *P. Furthmann*, Bad Schwartau. 3 Pfleger, 18 Schwestern, Pflegerinnen, Lehrerinnen. Geschlossene Anstalt, gegründet 1906.

Lüben (Reg.-Bez. Liegnitz, Prov. Niederschlesien)

Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt.

207 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 366 m., 540 w., Zugänge im Vorjahr 119 m., 209 w., Abgänge 109 m., 157 w., darunter Todesfälle 23 m., 39 w. 1150 Plätze. 1 Verpflegklasse. Ärzte: Direktor Prov.-Ober-Med.-Rat Dr. *Guido Kunze*; Prov.-Med.-Räte: Dr. *Kurt Konietzny* (stellvertretender Direktor), *Georg Stehr*; Abteilungsärzte: Dr. *Friedrich Meyer*, Dr. *Georg Korbsch*; Assistenzarzt: Dr. *Gerhard Töppich*. 2 Oberpfleger, 2 Oberpflegerinnen, 74 Pfleger, 74 Pflegerinnen. Erbaut 1902—05. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Außenfürsorge. Familienpflege.

Lüneburg (Prov. Hannover)

Provinzial-Heil- und Pfleganstalt. Ebst. Lüneburg.

1093 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 481 m., 402 w., Zugänge im Vorjahr 236 m., 251 w., Abgänge 215 m., 193 w., darunter Todesfälle 42 m., 64 w. 2 Verpflegklassen. 1200 Plätze. Ärzte: Direktor Dr. *Heinrich Behr*; Oberärzte: Dr. *Max Bräuner*, Dr. *Karl Vix*, San.-Rat Dr. *Bruno Neugebauer*; Hilfsärztin: Dr. *Clara Schmidt*. 80 Pfleger und 75 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1901. Geschlossene Anstalt. Außenfürsorge.

Lüttringhausen (Kr. Lennep, Rheinprovinz)

Stiftung Tannenhof, Heil- und Pfleganstalt. Ebst. Lüttringhausen.

170 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 560 (226 m., 334 w.), Zugänge im Vorjahr 100 m., 128 w., Abgänge 107 m., 121 w., darunter Todesfälle 23 m., 34 w. 560 Plätze. 3 Verpflegklassen. Coordinierte Anstaltsleitung: Pfarrer Steidl und San.-Rat Dr. *Otto Beelitz*, Dr. *Paul Mack*, Dr. *Heinrich Dübel*, Dr. *Julius Schreiber*, Dr. *Eugenie Christ*. 31 Diakonen, 9 Pfleger, 78 Diakonissen. Gründungsjahr 1896. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen. Die Anstalt ist zugleich Diakonen- und Diakonissenmutterhaus.

Magdeburg (Prov. Sachsen)

Dr. med. Manfred Goldsteins **Privatklinik** Albrechtstr. 3.

20 Plätze. 3 Verpflegklassen. Leiter: Privatdozent Dr. *Manfred Goldstein*, Facharzt für Nervenkrankheiten, 1 Assistenzarzt. Privatklinik für Nervenkranke (auch chirurgische) und ruhige psychisch Kranke.

Mainkofen, Niederbayern

Niederbayrische Heil- und Pflegeanstalt für Geistes**kranke.** Ebst. Pankofen.

143 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 193 m., 167 w., Zugänge im Vorjahr 67 m., 50 w., Abgänge 67 m., 49 w., darunter Todesfälle 11 m., 14 w. 382 Plätze: 1 Verpflegklasse. Ärzte: Direktor Ober-Med.-Rat Dr. *Emanuel Scheiber*; Oberärzte: Dr. *Paul Reiß*, Dr. *Philipp Seisser*; Aushilfsarzt: Dr. *Heinz Bollig*. 37 Pfleger, 7 weltliche Pflegerinnen, 25 Ordensschwestern und Kandidatinnen. Eröffnet 1911. Offene Anstalt mit geschlossenenen Wachabteilungen.

Mainz (Hessen)

Psychiatrische Abteilung der **städtischen** Krankenanstalt.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 18 m., 16 w., Zugänge 1927: 348 m., 144 w., Abgänge 330 m., 128 w., darunter Todesfälle 14 m., 9 w. 55 Plätze. 3 Verpflegklassen. Prof. Dr. *Hürter*, Dir. und Chefarzt der inneren Ab-

teilung; Ass.-Arzt Dr. *Kruse.* 2 Schwestern, 2 Pfleger. Geschlossene Abteilung.

Malente-Gremsmühlen (Holstein. Schweiz)

Heilstätte für Nervenkranke **„Haus Schönow“.**

12 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 28 m., 18 w., Zugänge im Vorjahr 317 m., 275 w., Abgänge 315 m., 275 w., darunter Todesfälle 1 m., 1 w. 100 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Geh. San.-Rat Prof. Dr. *Max Laehr*; Oberarzt Dr. *Paul Berkenau*, Dr. *Walter August Jüngst.* 2 Pfleger. 4 Schwestern. 1899 als Stiftung in Berlin-Zehlendorf gegründet, 1921 nach Blankenburg a. Harz verlegt, seit 1. 4. 1925 auf neu erworbenem eignem Besitz in Malente-Gremsmühlen. Unter den psychischen Behandlungsmethoden wird besonderer Wert auf die Arbeitsbehandlung gelegt; hierfür besondere Lehrkräfte. Gründer und Besitzer ist der zu diesem Zweck gebildete Verein: Heilstätten für Nervenkranke „Haus Schönow“, E. V. milde Stiftung, Sitz in Berlin-Zehlendorf.

Marburg an der Lahn (Prov. Hessen-Nassau)

1. **Landes**heilanstalt, kommunalständige Heilanstalt für Geisteskranke des Reg.-Bez. Kassel (einschließlich Waldecks) mit offenen Abteilungen für Psychisch-Nervöse. Ebst. Marburg-Süd und -Haupt.

40 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 157 m., 191 w., Zugänge im Vorjahr 174 m., 228 w., Abgänge 198 m., 222 w., darunter Todesfälle 11 m., 27 w. 400 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Dir. Prof. Dr. *M. Jahrmärker*; Oberärzte: Dr. *H. Giese*, Dr. *Ch. Kraemer*; Ass.-Ärzte: Dr. *Joh. Berger*, Dr. *H. Brunner.* 40 Pfleger, 44 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1876. Seit 1920, Fertigstellung einer bes. Universitäts-Nervenklinik, Trennung von Anstalt und Klinik, die seit 1876 miteinander verbunden waren; der Direktor hält nach wie vor Vorlesungen für Juristen und Mediziner. Beratungsstelle. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

2. Psychiatrische und Nerven**klinik** der **Universität** Marburg.

2 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 29 m., 26 w., Zugänge im Vorjahre 582 m., 316 w., Abgänge 595 m., 312 w., darunter Todesfälle 10 m., 7 w. 91 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Univ.-Prof. Dr. *Ernst Kretschmer*; Oberarzt: Priv.-Doz. Dr. *Friedrich Mauz*; Ass.-Ärzte: Dr. *Willi Enke*, Dr. *Karl Marx*, Dr. *Kurt Westphal*; Vol.-Arzt: Frau Dr. *Margarete Albrecht.* 19 Pflegepersonal. Gegründet 1920. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Beratungsstelle für psychisch und Nervenkranke.

Mariaberg bei **Mägerkingen** (Württemberg)

Heil- und Pflegeanstalt für Schwachsinnige.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 126 m., 57 w., Zugänge im Vorjahr

8 m., 5 w., Abgänge 5 m., 5 w., darunter 1 m. Todesfall. 180 Plätze. 3 Verpflegklassen. Leiter Inspektor Karl Wacker; Arzt: Med.-Rat Dr. *Burkarth*, Gammerlingen. 14 Pflegepersonen. Geschlossene Anstalt, gegründet 1847.

Maria-Veen (Prov. Westfalen)

Trinkerheilanstalt **Heidehof.** Ebst. Maria-Veen.

30 Morgen. 50 Plätze. 2 Verpflegklassen. Direktor P. Dr. *Gregor Garbin*; Anstaltsarzt: Dr. *Benson.* Die Anstalt wurde am 15. Juni 1928 eröffnet. Offen.

Markgröningen (Württemberg)

Württembergische **Landes**fürsorgeanstalt für geistesschwache, geisteskranke und hilfsbedürftige geistig normale Personen. Ebst. Asperg.

52 ha. Zahl der Insassen am 1. 1. 1928: 114 m., 156 w., Zugänge im Vorjahr 56 m., 18 w., Abgänge 70 m., 31 w., davon Todesfälle 14 m., 8 w. 330 Plätze. 1 Verpflegklasse. Anstaltsarzt Dr. *Zerweck.* 3 Pfleger und 4 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1897. Halbgeschlossen.

Marsberg in Niedermarsberg (Westfalen)

1. **Provinzial**heilanstalt Marsberg. Ebst. Marsberg.

78 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 263 m., 327 w., Zugänge im Vorjahr 43 m., 58 w., Abgänge 46 m., 38 w., darunter Todesfälle 16 m., 17 w. 638 Plätze. Ärzte: Direktor Prov.-Ober-Med.-Rat Dr. *Ferdinand Schulte*, Prov.-Med.-Rat Dr. *Konrad Langer*; Oberarzt: Dr. *Heinrich Kleffner*; Ass.-Arzt: Dr. *Paul Engelmann.* 50 Pfleger, 51 Ordensschwestern, 3 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1814. Durch Dekret des Großherzogs von Hessen vom 27. 12. 1812 wurde die Aufhebung des Kapuzinerkloster zu Marsberg mit der Bestimmung verfügt, die Klostergebäude zu einer Irren- und Krankenanstalt einzurichten. Geschlossene Anstalt mit offner Abteilung. Familienpflege.

2. Provinzialanstalt **St. Johannes-Stift.** Ebst. Marsberg.

50 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 324 m., 281 w., Zugänge im Vorjahr 20 m., 19 w., Abgänge 32 m., 26 w., darunter Todesfälle 7 m., 4 w. 680 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Anstaltsdirektor Dr. *Franz Maurer*; Oberarzt: Dr. *Robert Wessing*, Dr. *Jos. Römmelt.* 18 Pfleger, 85 Schwestern. 1881 vom St. Johannes-Verein N.-Marsberg gegründet, 1911 in das Eigentum der Provinz Westfalen übernommen. Halboffene Anstalt. Familienpflege.

Marsens, Kanton Freiburg (Schweiz)

Asile cantonal d'Aliénés.

Bestand am 1. 1. 1928: 186 m., 176 w., Zugänge 1927: 86 m., 83 w.,

Abgänge 82 m., 76 w., darunter Todesfälle 7 m., 20 w. 380 Plätze. Ärzte: Dir. Dr. *P. Voitachevski*, Dr. *A. Jordan*, Dr. *P. Lauber*. 22 Pfleger, 26 Schwestern. Gegründet 1875. Geschlossene Anstalt.

Masans b. **Chur** (Schweiz), Kanton Graubünden

Erziehungsanstalt für schwachsinnige Kinder.

Bestand am 1. 1. 1928: 44, Zugänge 1927: 11, Abgänge 5. 45 Plätze. Dir. Jakob Brack. Arzt: Dr. *Joh. Jörger*. 4 Lehrkräfte. Offene Anstalt, gegründet 1899.

Mauer-Öhling (Nieder-Österreich)

Niederösterreichische **Landes**-Heil- und Pfleganstalt. Ebst. Mauer-Öhling Westbahn, Schnellzugsstation Amstetten.

100 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 724 m., 648 w., Zugänge im Vorjahr 198 m., 210 w., Abgänge 139 m., 137 w. 1302 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Ober-Med.-Rat Dr. *Mathias Autengruber*; Primarärzte: Direktorstellvertreter Med.-Rat Dr. *Josef Lutz*, Dr. *Michael Scharpf*, Dr. *Josef Schicker*, Dr. *Josef Schneiderbaur*, Dr. *Alfons Bittmann*; Provis. Anst.-Ärzte: Dr. *Adolf Wiedemann*, Dr. *Edwin Grabherr*. 228 Pflegepersonen. Eröffnung 2. 7. 1902 durch S. M. Kaiser Franz Josef. Pavillonsystem mit geschlossenen und offnen Abteilungen. Familienpflege.

Mauren (Kanton Thurgau)

Anstalt für schwachsinnige Kinder.

Zahl der Kinder am 1. 1. 1928: 20 m., 23 w., Zugänge im Vorjahr 3 m., 3 w., Abgänge 3 m., 3 w. 43 Plätze. 1 Verpflegklasse. Paul Oberhansli, Hausvater; Arzt: Dr. *Fritz Leins*, Bürglen. 1 Lehrerin, 1 Kindergartnerin, 1 Arbeitslehrerin, 1 Hilfslehrer, 1 Wärterin. Offene Anstalt.

Haus Meienberg, Jona b. **Rapperswil** am Zürichsee, Kanton St. Gallen (Schweiz)

Privat-Kuranstalt für weibl. Nervenleidende. Bahn- und Dampfschiffstation Rapperswil.

$1^3/_4$ ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 15, Zugänge im Vorjahr 94, Abgänge 83. 18 Plätze. 1 Verpflegklasse. Leitende Ärztin: Dr. med. *Siglinde Stier*; wirtschaftliche Leiterin: Natalie Hiller. Gegründet 1903. Offene Anstalt.

Meiringen (Kanton Zürich)

Private Nerven- und Irrenheilanstalt Meiringen für weibl. Kranke.

Bestand am 1. 1. 1928: 161, Zugänge 1927: 43, Abgänge 38, darunter 7 Todesfälle. 160 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Dir. Dr. *Ernst Wirz*;

Ass.-Arzt: Dr. *Fritz Kümzi.* 21 Pflegerinnen. Gegründet 1918. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Merxhausen, Reg.-Bez. Kassel (Prov. Hessen-Nassau)

Landeshospital Heil- und Pflegeanstalt für weibl. Geisteskranke. Ebst. Sand d. Kleinbahn Kassel-Naumburg.

912 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 20 m., 772 w., Zugänge im Vorjahr 141 w., Abgänge 116 w. 835 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Ober-Med.-Rat Dr. *Hermann Schedtler*; Oberärzte: Dr. *Theodor Heller*, Dr. *Erich Zeiß*, Dr. *Otto Berger*; Ass.-Arzt Dr. *Otto Finusch.* 2 Pfleger, 100 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1533. Geschlossene Anstalt mit offner Abteilung. Familienpflege. Das 1213 gegründete Augustinerkloster Merxhausen wurde durch den Landgrafen Philipp den Großmütigen nach der Einführung der Reformation in Hessen 1527 säkularisiert und 1533 mit 3 andern hessischen Klöstern (Haina, Gronau, Hofheim) in ein Hospital für Geisteskranke und Sieche umgewandelt. Merxhausen wurde Pfleganstalt für Frauen und enthielt gegen 1600 fast 300 teils geisteskranke, teils sieche Frauen. Im 30jährigen Krieg sank die Zahl auf 40, nur langsam erholte sich die Stiftung. Rascher erfolgte der Aufschwung nach den Verwüstungen des 7jährigen Krieges. Zahl der Pfleglinge um 1800 zirka 200. 1827 Neubau eines Honoratiorengebäudes für 50 Kranke. 1867 Errichtung eines Neubaus für Erregte mit 90 Betten. Vollständige Reorganisation der Anstalt im Anfang der 80er Jahre, Neubauten für 250 Kranke. Anstellung eines ärztlichen Direktors 1886. Erweiterungsbau für 240 Kranke 1894. Seit 1902 Neubau von 7 kleineren Krankenhäusern, darunter 3 Isolierhäusern für infektiöse Erkrankungen je 22 Betten (Typhus, Ruhr, Tuberkulose u. a. infektiöse Erkrankungen). In eigner Bewirtschaftung Gut Merxhausen mit 157,17 ha.

Merzig a. d. Saar (Rheinprovinz)

Heil- und **Pfleganstalt** des Saargebiets. Ebst. Merzig.

75 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 412 m., 429 w., Zugänge im Vorjahr 303 m., 191 w., Abgänge 279 m., 140 w., darunter Todesfälle 33 m., 24 w. 810 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Dr. *Emil Ennen*, Direktor; Oberarzt Dr. *Alfred Langen*, Dr. *Emil Weidner*, Dr. *Wilhelm Gangloff*, Dr. *Peter Thinnes*; Ass.Ärztin Dr. *Elli Schmitz.* 67 Pfleger, 68 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1876. Geschlossene Anstalt mit offn. Abteilung.

La Metarie, Nyon, Kanton Waadt (Schweiz)

Privat-Heil- und Pfleganstalt. Ebst. Nyon.

12 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928; 22 m., 32 w., Zugänge im Vorjahr 26 m., 27 w., Abgänge 25 m., 26 w., darunter Todesfälle 2 m., 1 w. 55 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Dir. Dr. *O. L. Forel*, Priv.-Doz. an der Universität Genf, Dr. *Sigwart Frank*, Dr. *Jean Thürler*. Dr. *Simon*

Jichlinski, 14 Pfleger 50 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1857. Geschlossene Anstalt mit offnen Abteilungen.

Mitau (Jelgawa), (Kurland) Lettland

Günthershof, Heil- und Pfleganstalt für Geisteskranke, Epileptiker, Schwachsinnige und Süchtige.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 161 m., 217 w., Zugänge 1927: 45 m., 54 w., Abgänge 43 m., 51 w., darunter Todesfälle 12 m., 16 w. 400 Plätze. 1 Verpflegklasse. Ärzte: Dir. Dr. *Kristoph Neuberg*; Oberarzt: Dr. *Richard Werner*; Abt.-Ärzte: Dr. *Leonie Neuberg*, Dr. *Wladimir Nikolajew*. 7 Schwestern, 70 Pfleger und Pflegerinnen. Die Anstalt Thabor ist 1921 mit der Anstalt Günthershof vereinigt worden, Thabor ist 1887, Günthershof 1901 gegründet. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Montabaur i. Westerwald (Prov. Hessen-Nassau)

1. **Caritashaus** zur Pflege von männl. Geistesschwachen, Idioten und Epileptikern.

Bestand am 1. 1. 1928: 425, Zugänge 1927: 106, Abgänge 46, darunter 10 Todesfälle. 455 Plätze. 1 Verpflegklasse. Vorsteher Bruder Emanuel Belke; Arzt: Med.-Rat Dr. *Floeck*; für chirurgische Fälle: Dr. *Heuster*. Pflege- und Aufsichtspersonal 43. Geschlossene Anstalt mit offn. Abteilung. Gegründet 1898.

2. **St. Vincenzhaus** der Barmherzigen Brüder Montabaur. Anstalt für Schwachsinnige (nicht Bildungsfähige).

100 Betten. Am 2. 2. 1928 eröffnet. Leitender Arzt: Med.-Rat Dr. *Rösgen*, Montabaur. Vorsteher Bruder Arnulf. 10 Brüder. Geschlossene Anstalt.

Monthey (Kanton Wallis, Schweiz)

Maison de Santé de Malévoz, Anstalt zur Behandlung nervöser und geistiger Krankheiten.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 83 m., 108 w., Zugänge 90 m., 96 w., Abgänge 80 m., 84 w., darunter Todesfälle 10 m., 10 w. 220 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Dir. Dr. *André Repond*; Ass.-Ärzte: Dr. *Benoziglio Nissim*, Dr. *Heinrich Nunberg*, Dr. *Myriam Repond*. 18 Pfleger, 30 Schwestern. Gründungsjahr 1901. Die Klinik wurde als Privatanstalt gegründet und wurde 1916 vom Kanton erworben. Offene und geschlossene Pavillons.

Moritzburg bei Dresden (Sachsen)

Schröters Heilpädagogisches Institut.

4000 qm. Zahl der Zöglinge am 1. 1. 1928: 14 m., 3 w. 18 Plätze. 1 Verpflegklasse. Ottor Trillitsch, Privatschuldirektor. Offene Anstalt,

1873 in Dresden durch Schröter gegründet, 1910 Übernahme durch Dir. Trillitzsch, 1922 nach Moritzburg verlegt.

Morsbach a. d. Sieg (Rheinprovinz)

Privat-Heil- und Pfleganstalt **Maria-Hilf** der kath. Pfarrgemeinde Morsbach für geistesschwache, nicht bildungsfähige Knaben.

Bestand am 1. 1. 1928: 42, Zugänge 1927: 10, Abgänge 12, darunter 7 Todesfälle. 44 Plätze. 1 Verpflegklasse. Arzt: Dr. *Karl Kaufmann*. 3 Schwestern. Geschlossene Anstalt, gegründet 1871.

Mosbach (Baden)

Privat-Erziehungs- und Pfleganstalt für Geistesschwache, bes. Jugendliche.

Bestand am 1. 1. 1928: 116 m., 108 w., Zugänge 1927: 19 m., 17 w., Abgänge 10 m., 20 w., darunter Todesfälle 3 m., 4 w. 250 Plätze. Dir. Pf. Heinrich Riehen; Arzt: Bezirksarzt Med.-Rat Dr. *Karl Schmidt*. 7 Pfleger, 13 Schwestern. Offene Anstalt, gegründet 1880.

München (Bayern)

1. Psychiatrische und Nerven**klinik** der **Universität** München.

9500 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 132 m., 137 w., Zugänge im Vorjahr 1620 m., 1074 w., Abgänge 1606 m., 1042 w., darunter Todesfälle 85 m., 58 w. 268 Betten. 3 Verpflegklassen. Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. *Oswald Bumke*; Ärzte: Prof. Dr. *August Bostroem*, Prof. Dr. *E. Kahn*, Prof. Dr. *H. Spatz*, Dr. *Walter Jahrreiß*, Dr. *Fritz Kant*, Dr. *Hermann v. Staehr*, Dr. *Bruno Habel*, Dr. *Eduard Krapf*, Dr. *Josef Zech*, Dr. *Anna Kuhl*, Dr. *Fritz Knigge*, Dr. *Curt Müller*, Dr. *Fritz Mann*, Dr. *Helmut Roemer*. 44 Schwestern, 32 Pfleger, 18 Hilfspflegerinnen. Erbaut 1902/04 als Psychiatrische Universitätsklinik. Erster Direktor Prof. Dr. *Emil Kraepclin*, 1904—1922. Seit 1. 4. 1924 Psychiatrische und Nervenklinik, Direktor Prof. Dr. *Oswald Bumke*. Geschlossene Psychiatrische Abteilungen, offene Nervenabteilungen. Poliklinik: Sprechstunden und Beratungsstelle für Nerven- und Gemütskranke.

2. **Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie.** Kaiser Wilhelm-Institut in München, Kraepelinstraße 2.

Die Leitung hat jeweils auf einige Jahre einer der Abteilungsleiter, z. Z. Prof. Dr. *Spielmeyer*. Die Abteilungen sind folgendermaßen besetzt: Prof. Dr. *Walther Spielmeyer*, anatomische Abteilung, Assistent Dr. *Bodechtel*; Prof. Dr. *Felix Plaut*, serologische und experimentell therapeutische Abteilung, Assistent Dr. *Kassowitz*; Prof. Dr. *Ernst Rüdin*, genealogische Abteilung, Assistenten: Dr. *Schulz*, Privatdozent Dr. *Luxenburger* (Medizinalstatistiker), Fräulein Dr. *Juda*, (von der Regierung Schwaben und Neuburg als Assistent angestellt:) Dr. *Lang*, Prof. Dr.

Franz Jahnel, Abteilung für Spirochaetenforschung. In der psychologischen Abteilung führt Dr. *Otto Graf*, Kraepelins Mitarbeiter, die experimentellen, insbesondere die arbeitspsychologischen Untersuchungen weiter. Für die soeben eröffnete chemischeAbteilung, die aus äußeren Gründen einen Leiter noch nicht bekommen kann, ist als Gast Dr. *Irvine Page* vom Presbyterian Hospital in New York für einige Jahre eingeladen worden. Ihm sollen zwei assistierende Herren beigegeben werden. Professor *Willstätter* hat sich bereit gefunden, der Forschungsanstalt für den Betrieb dieser chemischen Abteilung seinen Rat zu geben.

Die Forschungsanstalt ist das Werk *Emil Kraepelins*; sie wurde im Jahre 1917 durch eine Stiftung gegründet. Im April 1918 wurde sie in den Laboratorien der psychiatrischen Klinik eröffnet, 1924 in den Verband der Kaiser Wilhelm-Institute aufgenommen und erhielt 1928 durch die Rockefeller-Stiftung einen eigenen Institutsbau.

Psychiatrische Abteilung für die Deutsche Forschungsanstalt am Krankenhause München-Schwabing.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 20 m., 50 w., Zugänge 1927: 106 m. (die Männerabteilung wurde erst am 1. 8. 1827 eröffnet), 439 w., Abgänge 90 m., 431 w., darunter Todesfälle 8 m., 43 w. (die verhältnismäßig hohe Zahl erklärt sich durch Verlegung vieler Seniler und Arteriosklerotischer aus dem Krankenhause Schwabing 1800 Betten). 94 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Leitender Oberarzt Prof. Dr. *Johannes Lange*, Dr. *Erich Guttmann*, Dr. *Lothar Gerweck*, Dr. *Joachim Haenel*. 8 Pfleger, 8 Schwestern. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung, gegründet 1922.

3. **Heckscher Nervenheil- und Forschungsanstalt und Hirnverletztenheim, München,** Tristanstr. 20.

Heckscher Nervenheil- und Forschungsanstalt (gestiftet durch Herrn A. Heckscher New York) 1923. Hirnverletztenheim für dauernd pflegebedürftige Kriegshirnbeschädigte, als Ergänzung der 1916 eröffneten Krankenabteilung für hirnverletzte Krieger, gegründet 1921 (durch Verein für Fürsorge für Schwerstkriegsbeschädigte). 1924 beide Anstalten vereinigt unter Leitung von Professor Dr. *Isserlin*. Zunächst für hirnverletzte und organisch nervenkranke Kriegsbeschädigte: ärztliche, psychologische heilpädagogische, arbeitstherapeutische, fürsorgerische Behandlung und Betreuung. Eigene Anstalt 1925 neu erbaut, München, Tristanstr. 20. Neben Kriegsbeschädigten von da ab auch anderen ähnlichen Kategorien von Kranken zugänglich. Anstalt ab 1. 9. 1929 durch Kinder- und Frauenabteilung mit ca. 40 Betten erweitert. Heilpädagogischer Hort. Zahl der Kranken ab 1. 1. 1928: 24 m. Zugänge 280, Abgänge 280, Stand am 31. 12. 28: 24. Zahl der Heiminsassen am 1. 1. 28: 28, Zugänge 10, Abgänge 13. — Stand am 31. 12. 28: 25. Gesamtbettenzahl 75. 1 Verpflegsklasse. Chefarzt: Prof. Dr. *Max Isserlin*; Abteilungsvorstand: Privatdozent: Dr *Fritz Lothmar*; Ärzte: Dr. *Arthur Wollny*, Dr. *Erich Feuchtwanger*, Dr. *Maria Weber*, 2 Volontärärzte. Psychologin: Dr. Gräfin *Kuenberg*. Verwaltungsvorstand: Wilhelm Böhm, Lehrer a. D. 3 Pfleger, 16 Ordensschwestern der St. Josefskongregation Ursberg. Offene Anstalt, heilpädagogische Schulung, Werkstätten für Arbeitstherapie, Außenfürsorge, Familienpflege, Beratungsstelle für psychisch- und Nervenkranke.

Die Heckscher-Anstalt soll nicht nur eine Heilanstalt sein, sondern auch in besonderem Maße wissenschaftliche Forschung pflegen. Sie steht in enger freundschaftlicher Zusammenarbeit mit der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie, in deren unmittelbaren Nähe sie sich befindet.

Literatur: *Isserlin*: Die bayrische Fürsorgeeinrichtungen für Hirnverletzte, *Feuchtwanger*: Störungen der Sprache bei Hirngeschädigten und ihre Behandlung. Beide Abhandlungen sind in der illustr. Halbmonatsschrift: Das Bayerland, 37. Jahrgang, Nummer 22/23 enthalten.

4. Kuranstalt **Neufriedenheim** für Nerven- und Geisteskranke.

12 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 25 m., 15 w. Zugänge im Vorjahr 65 m., 36 w., Abgänge 61 m., 35 w., darunter Todesfälle 5 m. 4 w. Ärzte: Geh. San.-Rat Hofrat Dr. *Ernst Rehm*, Bes. u. Leiter; San.-Rat Dr. *Otto Kaiser*, Oberarzt; Dr. *Leo Baumüller*, Dr. *Hilde Baumüller*. 7 Pfleger, 17 Pflegerinnen. Gegründet 1891, Neu- und Umbauten 1911—1913. Offene Anstalt mit geschlossener Abteilung.

5. Kuranstalt **Bad Thalkirchen**-München. Klinische Abteilung für aphasische u. a. Sprachstörungen, Heilpädagogik, psychologische Übungsbehandlung.

20 Plätze, ev. mehr. 3 Verpflegklassen. Für Erwachsene u. Kinder. Arzt: Dr. med. et phil. *W. Elisaberg*. Offene Anstalt, gegründet 1928.

6. Kuranstalt **Obersendling**, München 44, Wolfratshauserstr. 88. 1. Offenes Sanatorium für Nervöse beiderlei Geschlechts. 2. Kuranstalt für weibl. Gemütskranke. Ebst. München.

6 ha in München, 65 ha im Bauernhof Weipertshausen (Starnberger See). Zahl der Kranken am 1. 4. 1928: 46 w., 3 m. Zugänge im Vorjahr 70, Abgänge 74, darunter Todesfälle 5. 50 Plätze. 1 Verpflegklasse. Besitzer und Direktor Geh. San.-Rat Dr. *Karl Ranke*; Anstaltsarzt: Dr. *Max Steger*; Assistenzarzt: Dr. *Lotte Krenzer*. 3 Oberinnen, 39 Schwestern. Gründungsjahr 1893.

Münchenbuchsee bei **Bern** (Schweiz)

Private Nervenheilanstalt **Wyss**. Ebst. Münchenbuchsee.

125 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 30 m., 34 w. Zugänge 1927 34 m., 46 w., Abgänge 37 m., 38 w., darunter Todesfälle 3 m., 3 w. 80 Betten. 2 Verpflegklassen. Besitzerin: Frau Klara Wyss-Kaestli; Ärztliche Leitung: Dr. med. *Harald Schmid-Wyss*, Dr. *Caesar Tauber von Planta*. 7 Wärter, 9 Wärterinnen. Gegründet 1847. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Aufnahme und Behandlung von Psychosen und Neurosen, organischen, speziell luischen Nervenkrankheiten, Entziehungskuren (Alkohol, Morphin, Kokain). — Individuelle Psychotherapie, Arbeitstherapie.

München-Gladbach (Reg.-Bez. Düsseldorf, Rheinprovinz)

1. **Alexianer**-Heil- und Pfleganstalt für männl. Geisteskranke, Ebst. M.-Gladbach.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 322, Zugänge im Vorjahr 51, Abgänge 41, darunter Todesfälle 24. 325 Plätze. 2 Verpflegklassen. Direktor Med.-Rat Dr. *Georg Krause*, Hausarzt Dr. *Gottfried Kentenich*. 31 Alexianer-Brüder, 4 Pfleger. Gründungsjahr 1869. Geschlossene Anstalt.

2. **„Hephata"**, evangelische Bildungs- und Pfleganstalt für Schwachsinnige.

Bestand am 1. 1. 1928: 463 m., Zugänge 1927: 106 m., Abgänge 45 m., darunter 17 Todesfälle. 486 Plätze. 1 Verpflegklasse. Direktor Walter Niefeling; Arzt: Dr. *Emil Kröber*. 6 Pfleger, 25 Schwestern. Gegründet 1858.

Mündt, Kr. Jülich, Rheinprovinz

St. Anna-Haus für weibl. Alkohol- und Nervenkranke.

Bestand am 1. 1. 1928: 26, Zugänge 1927: 15, Abgänge 9. 30 Plätze. 2,30 RM tgl. Arzt: San.-Rat Dr. *Bremer*. 10 Schwestern. Offene Anstalt. Gegründet 1903.

Münsingen (Kanton Bern, Schweiz)

Kantonale Irrenanstalt.

143 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 468 m., 476 w., Zugänge 1927: 165 m., 119 w., Abgänge 143 m., 112 w., darunter Todesfälle 28 m., 34 w. 979 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. *U. Brauchli*, Dr. *A. Good*, Dr. *M. Müller*, Dr. *G. Schaudt*, Frl. Dr. *I. Marton*. 69 Pfleger, 79 Wärterinnen. Gründungsjahr 1895. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Familienpflege.

Münster (Westfalen)

1. **Psychiatrische** und **Nervenklinik** der **Universität** Münster.

18200 qm. 100 Plätze. Ärzte: Direktor Professor Dr. *Ferdinand Kehrer*, Dr. *Heinrich Korbsch*, Dr. *Eberhard Zwirner*, Dr. *Hermann Gausebeck*. Z. Zt. nur Poliklinik, ab 1. 9. 1928 Nervenklinik, ab 1. 10. 1929 Psychiatrische Klinik.

2. **Provinzialheilanstalt** für Geisteskranke.

185 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 423 m., 433 w., Zugänge im Vorjahr 276 m., 258 w., Abgänge 256 m., 234 w., darunter Todesfälle 35 m., 48 w. 798 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor San.-Rat Dr. *E. Kleffner*, Provinzialobermed.-Rat; Oberärzte: Dr. H. *Lachmund*, Dr. *H. Cordes*, Dr. *W. Hinsen*, Dr. *Anton Lewing*; Assistenzarzt: Dr. *Franz Loer*. 71 Pfleger, 5 Pflegerinnen, 93 Schwestern. Gründungsjahr 1878. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung, Familienpflege.

Münsterlingen am Bodensee (Kt. Thurgau, Schweiz)

Kantonale Irrenanstalt.

80 ha, 70 ha Alpbetrieb. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 183 m.,

274 w., Zugänge 1927: 94 m., 80 w., Abgänge 97 m., 89 w., darunter Todesfälle 9 m., 21 w. 440 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. *H. Wille*; Assistenzärzte: Dr. *O. Wirth*, Dr. *O Businger*. 29 m., 44 w. Pflegepersonal. Eröffnet 1839 in den Räumen eines alten Nonnenklosters. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Familienpflege.

Muri (Kt. Aargau, Schweiz)

Kantonale Pfleganstalt für arme, unheilbare, körperlich kranke und gebrechliche Leute.

Bestand am 1. 1928: 229 m., 205 w., Zugänge 1927: 85 m., 52 w., Abgänge 85 m., 49 w., darunter Todesfälle 39 m., 26 w. 440 Plätze. 2 Verpflegklassen. Verwalter Samuel Wernli. Ärzte: Dr. *Hugo Keller*, Dr. *Albert Ammann*, *Muri*. 5 Wärter, 16 Wärterinnen. Offene Anstalt. Gegründet 1909.

Naumburg a. S. (Prov. Sachsen) siehe S. 158

Neinstedt am Harz (Prov. Sachsen)

Neinstedter **Elisabethstift,** Heilerziehungs- und Pfleganstalt für Schwachsinnige und Epileptiker in Neinstedt, Thale (Harz) und auf Schloß Detzel bei Neuhaldensleben. Private Wohltätigkeitsanstalt.

50 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 434 m., 327 w., Zugänge 1927: 134, Abgänge 83, darunter Todesfälle 27. 780 Plätze. 2 Verpflegklassen. Pastor Johannes Richter, leit. Anstaltsgeistlicher, San.-Rat Dr. *Hermann Wittenberg*, leitender Arzt. 120 Pfleger u. Schwestern. Gründung 1861 als private Wohltätigkeitsanstalt. Offene Anstalt.

Neubabelsberg b. Potsdam (Prov. Brandenburg)

Sanatorium Neubabelsberg. Ebst. Neubabelsberg.

35 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 40, 40 Plätze. 1 Verpflegklasse. Leitender Arzt: Dr. *Richard Sinn*, Dr. *Arnold Kloth*, 18 Pfleger und Schwestern. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Neuerkerode, Braunschweig

Neuerkeröder Anstalten für Schwachsinnige und Epileptiker, Anstalten der **innern Mission.** Post Sickte.

375 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 242 m., 216 w., Zugänge 1927: 34 m., 28 w., Abgänge 23 m., 12 w., darunter Todesfälle 12 m., 5 w. 520 Plätze. 1 Verpflegklasse. Pastor Ludwig Beyer, Anstaltsvorsteher, Dr. med. *Georg Ittel*, Anstaltsarzt. 54 Pflegepersonal, dazu Lehrer und Hilfspersonal, auch Handwerker, Landwirte usw. Gegründet 1868 durch Pastor G. Stutzer. Offene Anstalt. In Einzelfällen Außenfürsorge. Die Anstalten haben 2 Filialen, den Burschenhof in Niedersickte und den Heerberg in Erkerode. Das Spezialarbeitsgebiet ist die Ausbildung schwach-

sinniger Kinder in den sog. Bildungsanstalten für schwachsinnige Schulkinder (Hilfsschule).

Neuhaldensleben (Prov. Sachsen)

Anstalt im Bau, die am 1. Juli 1929 in Betrieb genommen werden soll.

Neuhausen (Kanton Schaffhausen, Schweiz)

Staatliche Erziehungsanstalt **Löwenstein** bei Neuhausen für bildungsfähige schwachsinnige Kinder. Ebst. Neuhausen oder Schaffhausen.

400 qm. **Zahl** der Zöglinge am 1. 1. 1928: 7 m., 9 w., Zugänge 1927: 2 m., 3 w., Abgänge 5 m., 1 w. 20 Plätze. Vorsteher: Carl Müller. 2 Pfleger (innen). 1910 eröffnet. Geschlossene Anstalt.

Neuötting a. I., Oberbayern

St. Paulusstift, Pfleganstalt für weibl. Schwachsinnige, Epileptiker, Gebrechliche.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 110, Zugänge 1927: 42, Abgänge 13, darunter Todesfälle 7 w., 130 Plätze. 2 Verpflegklassen. Hausarzt Dr. *Eduard Kistenfeger*, Neuötting. 20 Schwestern. Geschlossene Anstalt mit offn. Abteilung. Gegründet 1898.

Neuruppin (Prov. Brandenburg)

Landesanstalt. Ebst. Neuruppin.

251 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 952 m., 881 w., Zugänge 1927: 275 m., 122 w., Abgänge 220 m., 134 w., darunter Todesfälle 89 m., 61 w. 1050 M., 925 Fr. = 1975 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor San.-Rat Dr. *Karl Knörr*; Oberärzte: Dr. *Erich Noack*, Dr. *Curt v. Leupoldt*, Dr. *Wilhelm Dugge*, Dr. *Franz Hoegg*, Dr. *Bruno Petzsch*, Dr. *Wolfgang Dreibholz*, Dr. *Paul Syring*; Assistenzärzte: Dr. *Werner Gründler*, Dr. *Alfred Mönnich*. 193 Pfleger, 140 Pflegerinnen. Im Mai 1897 eröffnet. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Beratungsstelle für schwachbegabte und nervöse Kinder.

Neusandhorst b. Aurich (Hannover)

3 **Privatanstalten** für Geisteskranke.

Börchers, de Buhr u. Coordes.

Neuß a. Rh. (Rheinprovinz)

1. **Alexianer**-Heil- und Pfleganstalt. (Privat).

2945 qm, Arbeitsland f. d. Kranken 110 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 402 m., Zugänge 111, Abgänge 102, darunter Todesfälle 37.

4 Verpflegklassen. 500 Plätze. Leit. Arzt Dr. *Ferdinand Müller*, San.-Rat Dr. *Josef Goder*. 74 Pfleger. Gegründet 1492. Geschlossene Anstalt.

2. **Privat**-Heil- und Pfleganstalt für weibl. Geistes- und Nervenkranke **St. Josefskloster** in Neuß.

23 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 345, Zugänge im Vorjahr 167, Abgänge 134. 340 Plätze. 3 Verpflegklassen. Leit. Arzt Dr. *Jos. Thywissen*, Dr. *Franz Broich*. ca. 60 Schwestern. Gründungsjahr 1858. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Neustadt i. Holstein (Prov. Schleswig-Holstein)

Landes-Heil- und Pfleganstalt. Ebst. Neustadt.

33 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 577 m., 568 w., Zugänge im Vorjahr 234 m., 198 w., Abgänge 207 m., 177 w., darunter Todesfälle 54 m., 42 w. 1153 Plätze. 1 Verpflegklasse. Ärzte: Direktor Dr. *Otto Walther*; Oberärzte: Dr. *Friedrich Lütgerath*, Dr. *Karl Grabow*, Dr. *August Tornquist*, Dr. *Friedrich Struve*; Hilfsärzte: Dr. *Johannes Krey*, Dr. *Ingolf Brückmann*, u. a., 100 Pfleger, 33 Pflegerinnen, 85 Schwestern. Gründungsjahr 1893. Geschlossene Anstalt. Fieberbehandlung der Paralyse zentralisiert für die ganze Provinz. Poliklinik zu Diagnostik und Therapie. Außenfürsorge, in Familienpflege 19 m., 38 w. Kranke. Beratungsstelle.

Neustadt-Clewe (Mecklenburg)

Ärztliches **Familienheim** für nervenkranke und erholungsbedürftige Damen. Ebst. Neustadt-Glewe (Mecklenburg).

1,25 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 9, Zugänge 1927: 34, Abgänge 31, darunter 1 Todesfall. 12—14 Plätze. 1 Verpflegklasse. San.-Rat Dr. *Heinrich Holtermann*, Generaloberarzt d. Landwehr a. D. 1905 erbaut. Offene Anstalt.

Niedernhart-Linz a. d. D. (Oberösterreich)

O.-ö. **Landes**-Heil- und Pfleganstalt für Geisteskranke. Ebst. Linz a. d. D.

34 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 398 m., 452 w., Zugänge im Vorjahr 1927: 232 m., 263 w., Abgänge im Vorjahr 1927: 172 m., 188 w., Todesfälle 29 m., 49 w. 700 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. *Josef Böhm*, San.-Rat; Primärärzte: Dr. *Karl Ganhör*, Dr. *Maximilian Kurz*-Goldenstein, Dr. *Gustav Schmidtberger*; Oberarzt: Dr. *Johann Gföllner*. 77 Pfleger, 65 Schwestern. Gründungsjahr 1867. Geschlossene Anstalt.

Nieder-Ramstadt bei **Darmstadt** (Hessen)

Anstalt der **innern Mission** für epileptische Kinder und Jugendliche.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 140 m., 87 w., Zugänge 1927: 31 m., 11 w., Abgänge 20 m., 17 w., darunter Todesfälle 3 m., 4 w. 265 Plätze. 1 Verpflegklasse. Direktor Pf. Otto Schneider. Leitender Arzt Dr. *Ernst Georg.* 16 Pfleger, 16 Pflegerinnen. Offene Anstalt. Gegründet 1900.

Niederzwehren bei **Cassel** (Prov. Hessen-Nassau)

Neuemühle, Privat-Heil- und Pfleganstalt für Nerven- und Gemütskranke.

25 Plätze. 1911: 38 Kranke. Leit. Ärzte u. Bes. Dr. *Otto* u. Dr. *Gustav Brunner.*

Nietleben b. **Halle** (Prov. Sachsen)

Landes-Heilanstalt. Ebst. Halle a. d. S.

59 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 546 m., 381 w., Zugänge im Vorjahr 303 m., 118 w., Abgänge 232 m., 136 w., darunter Todesfälle 59 m., 34 w. 1000 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Prof. Dr. *Berthold Pfeifer*, Direktor; San.-Rat Dr. *Wilhelm Weidenmüller*, stellvertr. Dir.; Oberärzte: Dr. *Paul Langer*, Dr. *Ferdinand Pfannmüller*, Dr. *Michael Feldhahn*, Dr. *Friedrich von Rohden*; Assistenzart: Dr. *Lothar Ziegelroth.* 134 Pfleger, 82 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1844. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Außenfürsorge.

Nöbdenitz (Thüringen)

Tannenfeld, Privat-Heil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Gemütskranke bei Nöbdenitz. (Bahnst.)

20 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 17 m., 16 w., Zugänge 1927: 179 m., 169 w., Abgänge 182 m., 160 w. 70 Plätze. 2 Verpflegklassen. Leiter: Dr. med. *Arthur Tecklenburg*, 2. Arzt: Dr. med. *Ludwig Lemmer.* 1 Pfleger, 10 Schwestern. Gründungsjahr 1899. Offene und halboffene Abteilung für organische und funktionelle Nervenleiden, Neurosen, Alkohol- und Rauschgiftentziehungen; geschlossene Abteilungen für Psychosen aller Art.

Nordhausen a. Harz (Prov. Sachsen)

Jugendsanatorium, Heil- und Erziehungsheim für seelisch abnorme Kinder.

70 Plätze. Monatlich 230 Mk. Ärztlicher Leiter: Dr. med. *K. Isemann*, insgesamt 50 Mitarbeiter. Heilpädagogische Berufsausbildung.

Nürnberg (Bayern)

Psychiatrisch-neurologische Abteilung des allg. **städtischen** Krankenhauses.

6327 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 57 m., 45 w., Zugänge

im Vorjahr 1584 m., 857 w., Abgänge 1583 m., 853 w., darunter Todesfälle 76 m., 73 w. 160 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: San.-Rat Dr. *Carl v. Rad*, leitender Oberarzt; Dr. *Walter Kaldeway*, 1. Assistent; Assistenzärzte: Dr. *Franz Wilmers*, Dr. *Wilhelm Dodel*; Dr. *Berta Stern*, Vol.; Dr. *Helmut Radecke*. Med.-Prakt. Frl. Dr. *Edith Voss*. 15 Pfleger, 11 Schwestern. Gründungsjahr 1897. Geschlossene Anstalt und offene Abteilung. Außenfürsorge wird durch die Fürsorgestelle der Heil- und Pflegeanstalt Erlangen betätigt.

Ober-Beřkowitz (Böhmen)

Böhmische **Landesirrenanstalt Horni Beřkovice.** Ebst. Beřkovice.

54 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 381 m., 386 w., Zugänge im Vorjahr 137 m., 113 w., Abgänge 124 m., 92 w., darunter Todesfälle 58 m., 36 w. 880 Plätze. (1.6. 1928: 808 Kranke.) 1 Verpflegklasse. Ärzte: Direktor *M. U.* Dr. *Johann Hladik*, Oberprimarius Dr. *Jaromir Frus*, Dr. *Franz Maličky*, Dr. *C. Masojidek*, Dr. *Heinrich Schuhmann*, Dr. *Zdislava Kozlerová*. 89 Pfleger, 81 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1890. Geschlossene Anstalt. Früher Filiale der Prager Landesanstalt, seit 1919 selbständige Landesanstalt. Rayon: Bezirksverwaltung Aussig, Leitmeritz, Roudnice Teplitz.

Oberhollabrunn, Niederösterreich

N.-ö. **Landeserziehungsheim** für schwer erziehbare **Kinder.**

Bestand am 1. 1. 1928: 50 Knaben, 110 Mädchen. Zugänge 1927: 20 Kn. 40 M., Abgänge 20 Kn., 40 M. 160 Plätze. Leiterin M. Majella Wagner, Ordensschwester. 20 Schwestern, Lehrerinnen, Erzieherinnen. Geschlossene Anstalt. Gegründet 1922.

Obernigk b. **Breslau** (Prov. Schlesien)

1. **Sanatorium Dr. Curt Sprengel** (früher San.-Rat Dr. Kleudgen).

18 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 36 m., 48 w., Zugänge 1927: 229 m., 159 w., Abgänge 236 m., 163 w., darunter Todesfälle 10 m., 11 w. 100 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Dr. *Curt Sprengel*, Dr. *Johannes Mäder*, Dr. *Carl Frentzsch*. 2 Pfleger, 12 Schwestern. Gründungsjahr 1881. Familienpflege. Beratungsstelle für Alkoholkranke. Milchkuranstalt. Entziehungskuren. Sanatorium mit geschl. Abteilung.

2. **Lewaldsche Kuranstalt,** Sanatorium für Nerven- und Gemütskranke. Bad Obernigk.

6 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 27 m., 17 w., Zugänge im Vorjahr 247 m., 284 w., Abgänge 244 m., 286 w., darunter Todesfälle 1 m., 1w. 80 Plätze. 2 Verpflegklassen. Leitender Arzt: Professor Dr. *Kurt Berliner*; Assistenzärzte: Dr. *Walter Fischer*, Dr. *Adolf Hofmann*,

Dr. *Konrad Kern*. 12 bis 15 Schwestern, 2 bis 3 Pfleger. Gründungsjahr 1870. Geschlossene Privatanstalt für psychisch Kranke und offenes Sanatorium für Nervenkranke und Erholungsbedürftige in 2 getrennten Bauten.

Oberstammheim, Kanton Zürich (Schweiz)

Dr. med. **Vetters** Heil- und Pfleganstalt.

Eröffnet 1863. 22 Plätze.

Oberwil bei **Zug** (Schweiz)

Privat- Nervenheilanstalt **„Franziskusheim".** Ebst. Zug.

60 Jucharten. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 120 m., Zugänge im Vorjahr 104 m., Abgänge 105, darunter Todesfälle 11. 125 Plätze. 3 Verpflegklassen. Leitender Arzt: Dr. med. *P. Garnier*; Hausarzt: Dr. *J. B. Manser*. 30 Pflegebrüder. Verwaltung und Krankenpflege durch die Kongregation der Barmh. Brüder von Trier, in deren Besitz sich die Anstalt befindet. Gründungsjahr 1909. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Familienpflege.

Obrawalde bei **Meseritz,** Grenzmark Posen-Westpreußen

Psychiatrische Abteilung der **Landes-Heil- und Pflegeanstalt.** Ebst. Meseritz.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 309 m., 318 w., Zugänge im Vorjahr 127 m., 101 w., Abgänge 96 m., 70 w., darunter Todesfälle 20 m., 16 w. 650 Plätze. Zwei Verpflegklassen. Leitender Arzt der psychiatrischen Abteilung: Direktor Dr. *W. Knust*; Oberärzte: Dr. *R. Egner*, Dr. *H. Grunwald*, *G. Ohl*; Assistenzärztin: Dr. *H. Wernicke*. 120 Pflegepersonal. Geschlossene Anstalt. Die Angliederung einer Nervenheilstätte ist für die nächsten Jahre in Aussicht genommen. Gegründet 1904 als Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt der Provinz Posen, wurde Obrawalde am 1. 10. 22 Landes-Heil- und Pflegeanstalt und beherbergt in sich neben der psychiatrischen Abteilung für Nicht-Geisteskranke: 1 Altersheim, 1 Entbindungsanstalt, 1 Frauenklinik, 1 Lungenheilstätte, 1 Säuglingsheim, 1 Kinderheim f. tub. gefährdete Kinder.

Öls in Schlesien

Haus Salem, Privatpension für weibl. epileptische Kranke.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 1 m., 9 w., Zugang 1 w., Abgang 1 w. 12 Plätze. 1 Verpflegklasse. Behandelnder Arzt Dr. *Lauterbach*, Leiterin Diakonisse Lina Jack, 3 Schwestern. 1917 von einer Lehrerin, die ihrem geisteskranken Bruder ein Heim schaffen wollte, und noch Epileptikerinnen aufnahm, gegründet, 1918 starb sie und seitdem wird das Haus vom Vormundschaftsgericht verwaltet und von Diakonissen geleitet. Offene Anstalt.

Ötwil am See, Kanton Zürich (Schweiz)

Heil- und Pfleganstalt **Schlößli,** Ebst. Ötwil.

12 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 33 m., 39 w., Zugänge im Vorjahr 28 m., 50 w., Abgänge 18 m., 35 w., darunter Todesfälle 2 m., 6 w. 85 Plätze. 1 Verpflegklasse. Direktor Albert Hinderer. Hausarzt: Dr. *Max Pestalozzi*, Männedorf. 2 Pfleger, 10 Schwestern. Gründungsjahr 1888. Die Anstalt dient auch als Zwischenstation des Burghölzli für Familienpflege. Offene Anstalt mit geschlossener Abteilung.

Oldenburg, Oldenburg

Unterrichts- und Pfleganstalt **Gertrudenheim,** Nadorsterchaussee 7. Ebst. Oldenburg.

5 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 72 m., 61 w., Zugänge im Vorjahr 12 m., 6 w., Abgänge 9 m., 3 w., darunter Todesfälle 2 m., 1 w., 150 Plätze. 1 Verpflegklasse. Anstaltsarzt: Landesarzt Ober-Med.-Rat Dr. *Schlaeger*, 1 Diakon, Hausvater und Leiter, 1 Hauslehrer, 4 Hilfsdiakonen, 6 Schwestern. Gründungsjahr 1887. Offene Anstalt. Die Anstalt hat den Zweck, schwachsinnigen, blödsinnigen sowie epileptischen Kindern geeigneten Aufenthalt zu gewähren und diese soweit möglich, durch angemessene körperliche Pflege, sittlich-religiöse Erziehung, planmäßigen Schulunterricht und geordnete Beschäftigung heranzubilden.

Osnabrück, Prov. Hannover

Provinzial-Heil- und Pfleganstalt. Ebst. Osnabrück.

95 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 218 m., 193 w., Zugänge im Vorjahr 150 m., 131 w., Abgänge 135 m., 102 w., darunter Todesfälle 20 m., 22 w. 428 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. med. *Erich Reinelt*, Landesober-Med.-Rat; Oberärzte: Dr. *Albert Kracke*, Landes-Med.-Rat, Dr. *Georg Jänecke*,; Hilfsarzt: Dr. *Heinz-Richard Stock*. 46 Pfleger, 41 Pflegerinnen, 3 Oberpfleger, 3 Oberinnen. Gründungsjahr 1868. Geschlossene Anstalt. 2 offene Gutsabteilungen. Außenfürsorge.

Pfafferode b. **Mühlhausen** i. Thüringen

Landesheilanstalt. Ebst. Mühlhausen.

268 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 466 m., 642 w., Zugänge im Vorjahr 147 m., 240 w., Abgänge 119 m., 179 w., darunter Todesfälle 50 m., 80 w. 1200 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. *Emil Jach*; Stellvertr. d. Dir. Oberarzt Dr. *Magnus Matz*; Oberärzte: Dr. *Erich Hartung*, Dr. *Carl Tietze*, Dr. *Fridolin Schramm*, Dr. *Carl Vieten*; Anstaltsarzt auf Privatdienstvertrag: San.-Rat Dr. *Immanuel Hoffmann*. 107 Pfleger, 131 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1912. Geschlossene Anstalt mit halboffenen Villen. Außenfürsorge, Beratungsstelle für psychisch und Nervenkranke.

Pfäffikon, Kanton Zürich (Schweiz)

Erziehungsanstalt **Pestalozziheim.** Ebst. Pfäffikon.

19 ar. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 18 m., 12 w., Zugänge 1927:

3 m., 3 w., Abgänge 3 m., 3 w. 30 Plätze. 1 Verpflegklasse. Dr. *M. Brunner*, Anstaltsarzt; D. Frei, Vorsteher. 3 Pflegepersonen. 1900 gegründet. Offene Anstalt.

Perreux b. **Boudry,** Kanton Neuchâtel

Hospice cantonal für chron. körperlich und geistig Kranke.

Bestand am 1. 1. 1928: 357, Zugänge 1927: 73, Abgänge 76, darunter Todesfälle 11 m., 14 w. Geisteskranke. 360 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. *Eduard Borel*, Dr. *Eugene Mayor*, Frl. Dr. *Nathalie Mazel*. 40 Schwestern. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung, gegründet 1895.

Petit-Lancy, Kanton Genf

Etablissement pour epileptiques, **„La Solitude“.**

24 Plätze.

Pfingstweide bei **Tettnang,** Württemberg

Pfleganstalt für männl. Epileptiker.

Eröffnet 1867. 1911 62 Plätze.

Pinneberg, Prov. Schleswig-Holstein

Kreis-Irrenpflegeanstalt für unheilbare Geisteskranke.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 34 m., 27 w., Zugänge 1927: 2 m., 1 w., Abgänge 5 m., 3 w., darunter Todesfälle 1 m., 2 w. 75 Plätze. Kreiskommunalarzt Dr. *Johannes Maaß*. 3 Pfleger, 3 Schwestern. Geschlossene Anstalt, gegründet 1889.

St. Pirminsberg in **Pfaefers,** Kanton St. Gallen, Schweiz. Ebst. Ragaz.

155 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 159 m., 169 w., Zugänge im Vorjahr: 43 m., 38 w., Abgänge 40 m., 37 w., darunter Todesfälle 8 m., 5 w. 300 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. *Victor Haeberlin*; Secundararzt: Dr. *Werner Würth*, Dr. *A. Toriani*. 56 Pflegepersonal. Gegründet 1847. Die Anstalt wurde in den Räumen der ehemaligen Benediktinerabtei Pfaefers eingerichtet und später durch Neubauten ergänzt. Geschlossene Anstalt mit Kolonie für Landwirtschaftsarbeiter auf St. Margrethenberg.

Pirna a. d. Elbe, Sachsen

1. **Staatliche** Nervenheilanstalt **Maria-Anna-Heim.** Ebst. Pirna.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 8 m., 13 w., Zugänge im Vorjahr 90 m., 117 w., Abgänge 85 m., 115 w., darunter 1 (m.) Todesfall. 40 Plätze. 1 Verpflegklasse. Anstaltsverwaltung: Ober-Med.-Rat Prof. Dr. *P. Nitsche*;

leitender Arzt: Reg.-Med.-Rat Dr. *Fritz Sievert.* 3 Schwestern, 2—3 Wärterinnen. Gegründet 1914. 1826 als Genesungshaus für rekonvaleszente Geisteskranke errichtet, als Nervenheilanstalt 1914 umgebaut für männliche und weibliche Nervenkranke (nicht Geisteskranke und Krampfkranke). Ambulatorium für Nervenkranke. Offene Anstalt.

2. **Staatliche** Heil- und Pflegeanstalt siehe unter „Sonnenstein".

Plagwitz a. d. Bober (Prov. Niederschlesien)

Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Plagwitz.

196 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 337 m., 427 w., Zugänge im Vorjahr 155 m., 133 w., Abgänge 118 m., 98 w., darunter Todesfälle 29 m., 29 w. 740 Plätze. 1 Verpflegklasse. Ärzte: Direktor San.-Rat Dr. *Wilhelm Ziertmann*; Oberärzte: Dr. *Alfons Rother*, Dr. *Otto von Raven*, Dr. *Ullrich Wilcke*; Assistenzarzt: Dr. *Martin Kranz.* 65 Pfleger, 57 Pflegerinnen. Die Anstalt wurde 1826 in dem in der Mitte des 16. Jahrh. erbauten Schloß Plagwitz mit 100 Kranken eröffnet und von 1892 ab bis 1914 zum jetzigen Umfang ausgebaut. Malariabehandlung der progr. Paralyse in Plagwitz für alle niederschl. Anstalten zentralisiert. Außenfürsorge. Familienpflege. Geschlossene Anstalt. Plagwitz hat als einzige niederschl. Anstalt ein im Jahre 1913 eröffnetes festes Haus für geisteskranke Verbrecher.

Plauen i. Vogtland (Sachsen)

Psychiatrische Abteilung des **Stadtkrankenhauses.** Ebst. Plauen i. Vogtland.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 36 m., 19 w., Zugänge im Vorjahr 367 m., 306 w., Abgänge 331 m., 287 w., darunter Todesfälle 24 m., 29 w. (davon 26 in den ersten 5 Tagen nach der Aufnahme). 60—70 Plätze. 3 Verpflegklassen. Leitender Arzt: Ober-Med.-Rat Dr. *Hans Schwabe*; Hilfsarzt Dr. *Karl Scherschlicht.* 20 Pflegepersonen. Gründungsjahr 1902. 1912 Gründung der Pfleganstalt Kauschwitz. Außenfürsorge. Psychiatrische Beratungsstelle seit 1921. Geschlossene Anstalt mit offn. Abteilung. Stadtasyl.

Pontareux (Kanton Neuchâtel, Schweiz)

Anstalt der Société de l'Asile de Pontareux für Alkoholkranke. Ebst. Boudry.

Eröffnet 1897. 20 Plätze. 1911: 42 männliche verpflegt. Arzt: Dr. *Bovet* in Areuse.

Potsdam (Provinz Brandenburg)

Brandenburgische **Landesanstalt:** a) Anstalt für Epileptische (nimmt nur nichtgeisteskranke Epileptiker jeden Alters auf),

b) **Wilhelmstift** (bestimmt für bildungsfähige schwachsinnige Jugendliche). Ebst. Potsdam.

62 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 527 m., 452 w., Zugänge im Vorjahr 209 m., 142 w., Abgänge 278 m., 153 w., darunter Todesfälle 6 m., 9 w. 1134 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. *Kurt Gallus*; Oberärzte: Dr. *Paul Schmidt*, Dr. *Ludwig Loder*, Dr. *Hans Berendes*, Dr. *Heinr. Ehlers*, Dr. *Karl Voss*, San.-Rat Dr. *Weichelt*. 57 Pfleger, 104 Pflegerinnen, außerdem 16 Handwerksmeister, 2 Erzieher, 7 Erzieherinnen, 5 Kindergärtnerinnen, 1 Pastor, 1 Rektor, 10 wissenschaftliche Lehrer und Lehrerinnen, 1 technische Lehrerin. Wilhelmstift gegründet 1865 als Anstalt der innern Mission, von der Provinz übernommen 1893, Anstalt für Epileptische gegründet 1886, von der Provinz übernommen 1892. In die Landesanstalt ist eingegliedert die Bethlehemsstiftung, neu gegründet 1904, bestimmt für 41 männliche psychopathische schulpflichtige Fürsorgezöglinge, angegliedert der Helenenhof, gegründet 1911, bestimmt für 54 weibliche, teils schulpflichtige, teils schulentlassene psychopathische Fürsorgezöglinge. Kurmittel: Schulen, Handwerkstätten, Sport- und Turnunterricht, Haushaltungs- und Fortbildungsunterricht. Familienpflege z. Zt. 250 Köpfe umfassend. Offene Anstalt mit einigen geschlossenen Abteilungen.

Preetz (Provinz Schleswig-Holstein)

Sanatorium Schellhorner Berg bei Preetz (östl. Holstein). (**Privatanstalt** für Geistes- und Nervenkranke jeglicher Art.)

150 Morgen. Zugänge im Vorjahre 67, Abgänge 63. 35—40 Plätze. 1 Verpflegklasse. Leitung: Dr. med. *August Hanse*, Facharzt für Nerven- und Gemütsleiden. Geschlossene Anstalt für gemütskranke Damen, offene Abteilungen für nervöse Damen und Herren. 16—18 Pflegepersonen. Gründungsjahr 1895.

Prefargier bei **Marin** (Kanton Neuchâtel, Schweiz)

Maison de Santé. Ebst. Marin.

30 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 64 m., 86 w., Zugänge im Vorjahr 50 m., 45 w., Abgänge 36 m., 35 w., darunter Todesfälle 5 m., 10 w. 150—170 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. *Arnold Koller*, Sek.-Arzt Dr. *Charles Barbezat*. 27 Pfleger und Schwestern. Gründungsjahr 1849. Gemeinnützige Stiftung. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Prilly bei **Lausanne** (Kanton Waadt, Schweiz)

Maison de Santé Chateau de Prilly. **Privatanstalt.**

Bes. Dr. *Jacot-Guillamod*. 25 Plätze.

Rabenhof bei **Ellwangen** (Jagstkreis, Württemberg)

Landesfürsorgeanstalt.

Eröffnet 1906. 1911: 55 Plätze. Arzt: *Xaver Gundling* in Ellwangen.



Rasemühle bei **Göttingen** (Provinz Hannover)

Provinzial-Sanatorium für Nervenkranke. Ebst. Göttingen und Rosdorf a. d. Leine.

33 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 66 m., 59 w., Zugänge im Vorjahre 477 m., 376 w., Abgänge 492 m., 379 w., darunter 1 Todesfall (m.). 140 Plätze. 2 Verpflegklassen. Direktor Landes-Ober-Med.-Rat Dr. *Hermann Grimme*; Oberarzt: Dr. *Otto Pförtner*; Hilfsarzt: Dr. *Stommel.* 1 Oberin, 1 Schwester, 2 Pflegerinnen, 3 Bademeister. Gründungsjahr 1903. Offene Anstalt.

Rastenburg (Ostpreußen)

1. **Provinzialanstalt** für Schwachsinnige. Ebst. Rastenburg.

127 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 402 m., 252 w., Zugänge im Vorjahr 102 m., 92 w., Abgänge 103 m., 95 w., darunter Todesfälle 5 m., 1 w. 575 Plätze. 1 Verpflegklasse. Ärzte: Direktor San.-Rat Dr. *Hans Havemann*; Oberarzt: Dr. *Victor Jonas*; Anstaltsarzt: Dr. *Armin Fahrenbruch.* 26 Pfleger, 50 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1865, zunächst Privatanstalt, seit 1908 in die Verwaltung der Provinz Ostpreußen übernommen. In Familienpflege 100—110 Kranke. Offene Anstalt mit geschl. Abteilung (Beobachtungsstation für Fürsorgezöglinge).

2. **Carlshöfer** Anstalten bei Rastenburg. Heil- und Pfleganstalt der **innern Mission** für Epileptische. Ebst. Carlshof Ostpreußen.

477 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 334 m., 399 w., Zugänge im Vorjahr 59 m., 47 w., Abgänge 57 m., 73 w., darunter Todesfälle 26 m., 19 w. 850 Plätze. 2 Verpflegklassen. Anstaltsleiter: Pfarrer Heinz Dembowski; leitender Arzt: Dr. *Ernst Büsching*; Oberarzt Dr. *Fritz Breidenbach*; Anstaltsarzt Dr. *Reinhard Faßbauer.* 42 Diakonen, 46 Diakonissen. Gründungsjahr 1883. Es werden aufgenommen: Epileptische, Schwachsinnige (auch ein Haus für tuberkulöse Schwachsinnige) und Fürsorgezöglinge im „Eichhof“. Außerdem in Stenken bei Labiau Trinkerheilstätte. Offene Anstalt.

Ravensburg (Württemberg)

Zieglerstift. **Private** Anstalt für Trunksüchtige. Post Hasenweiler. Ebst. Ravensburg.

40 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 22 m., Zugänge im Vorjahr 68 m., Abgänge 76. 50 Plätze. 1 Verpflegklasse. Direktor Jakob Ziegler, Wilhelmsdorf; Hausvater Joh. Köngeter, Missionar; Arzt: Dr. med. *Theod. Liebendörfer.* 1906 gegründet. Offene Anstalt.

Realta (Kanton Graubünden, Schweiz)

Asyle Realta und **Rothenbrunnen,** Post Cazia. Ebst. Rodels-Realta und Rothenbrunnen.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 103 m., 105 w., Zugänge im Vorjahr 26 m., 39 w., Abgänge 33 m., 39 w., darunter Todesfälle 8 m., 13 w. 220 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. *Friedr. Tuffli*, Dr. *Georg Salis*. 15 Pfleger, 16 Schwestern. Gründungsjahr 1918. Auf der Staatsdomäne Realta, wo eine Korrektionsanstalt war, erbaut. 1924 Rothenbrunnen als Altersheim und Kinderheim angekauft. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Eine Korrektionsanstalt, eine Trinkerheilanstalt mit 15 Plätzen, eine Arbeiterkolonie, eine Krankenabteilung (körperlich) zugeordnet, Rothenbrunnen 5 km entfernt, ist Altersheim und Kinderheim.

Regensberg (Kanton Zürich, Schweiz)

Anstalt für Erziehung schwachsinniger Kinder.

Bestand am 1. 1. 1928: 98, Zugänge 1927: 24, Abgänge 24. 96 Plätze. 1 Verpflegklasse. Dir. *Heinr. Plüer*. Arzt: Dr. *J. Bucker*. 10 Pflegepersonal. Offene Anstalt, gegründet 1883.

Regensburg (Bayern)

Oberpfälzische Heil- und Pflegeanstalt.

397 Tagwerk. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 361 m., 374 w., Zugänge im Vorjahr 161 m., 162 w., Abgänge 140 m., 124 w., darunter Todesfälle 19 m., 16 w. 3 Verpflegklassen. 1000 Plätze. Ärzte: Direktor Ober-Med.-Rat Dr. *Karl Eisen*, Dr. *August Adam* [1]), Med.-Rat I. Kl. und stellvertretender Direktor, Dr. *Adolf Vierzigmann*, Med.-Rat I. Kl., Dr. *Fritz Zierl*, Med.-Rat I. Kl.; Oberärzte: Dr. *Josef Lackerbauer* und Dr. *Georg Küffner*. 76 Pfleger, 56 Pflegerinnen, 24 Schwestern. Gründungsjahr 1858. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen, Außenfürsorge, Beratungsstelle für psych. und Nervenkranke. (Simonsche Arbeitstherapie.)

Reichenbach (Oberpfalz, Bayern)

Private Wohltätigkeits- und Pflegeanstalt für männl. Blöde, Schwachsinnige, Epileptiker u. Krüppelhafte von 5 Jahren an, ferner für Altersgebrechliche.

95 ha. 380 Plätze. Hausarzt: Bezirksarzt Dr. *Fritz Klotz* in Roding. Leitung und Pflege: Barmherzige Brüder. Gegründet 1891. Private Anstaltshilfsschule.

Rekawinkel bei **Wien** (Niederösterreich)

Sanatorium Rekawinkel für Nerven- und Psychischkranke. Ebst. Hietzing-Umgenung, Rekawinkel.

150 000 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 22 m., 26 w., Zugänge im Vorjahr 60 m., 70 w., Abgänge 55 m., 66 w., darunter Todesfälle 2 m., 1 w. 70 Plätze. 2 Verpflegklassen. Besitzer: Dr. Sigmund Weiß; Chef-

[1]) Nach Eglfing versetzt.

arzt: Dr. *Albert Joachim*, Direktor Dr. *Paul Meixner*; 1. Arzt: Dr. *Eduard Mildner*; 2. Arzt: Dr. *Viktor Spörl.* 35—45 Pflegepersonen. Gründungsjahr 1905. Offene Anstalt mit geschl. Abteilung.

Renchen (Baden)

Heilstätte für Alkoholkranke. Ebst. Renchen.

3,3 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 22 Männer, Zugänge 1927: 64, Abgänge 65. 34 Plätze. Leitender Arzt: Med.-Rat Dr. *Jos. Weisenhorn*; Hausvater und Verwalter: Andreas Streich. 2 Pflegepersonen. Gründungsjahr 1905. Die Heilstätte gehört dem badischen Landesverband gegen den Alkoholismus Karlsruhe. Außenfürsorge. Offene Anstalt.

Reutlingen (Schwarzwaldkreis, Württemberg)

Landesfürsorgeanstalt mit Abteilung für Schwachsinnige.

Eröffnet 1893. 1911: 110 Schwachsinnige. Arzt: Med.-Rat Dr. *H. Steinbrück.*

Reval (Estland)

Staatliche Heilanstalt für Nerven- und Geisteskranke **„Seewald"**, Eesti, Ebst. Tallin.

62 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 290 m., 305 w., Zugänge im Vorjahr 260 m., 182 w., Abgänge 205 m., 174 w., darunter Todesfälle 37 m., 23 w. 600 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Dr. *Ernst v. Kügelgen*, Direktor; Dr. *Karl Tomingas*, Gehilfe des Direktors; Ordinatoren: Dr. *Adolf Friedenthal*, Dr. *Leo v. Kügelgen*, Dr. *Jaan Brems.* 8 Schwestern, 82 Pfleger. Gegründet von der Gesellschaft zur Fürsorge für Geisteskranke in Estland, eröffnet im Jahre 1903 mit 100 Betten, vom Staate Eesti übernommen im Jahre 1928. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Außenfürsorge, Familienpflege. Beratungsstelle.

Rheinau (Kanton Zürich, Schweiz)

Kantonale Pflegeanstalt. Ebst. Altenburg-Rheinau, Neuhausen u. Marthalen.

170 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 525 m., 606 w., Zugänge im Vorjahr 68 m., 49 w. Abgänge 70 m., 58 w., darunter Todesfälle 29 m. 32 w. 1150 Plätze. Nur 3. Klasse. Ärzte: Direktor Dr. *Fr. Ris*; I. Oberarzt: Dr. *K. Gehry*; II. Oberarzt: Dr. *Walter Plattner*; Ass.-Ärzte: Dr. *Berger*, Frau Dr. *Plattner-Heberlin.* 72 Pfleger, 77 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1868. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Außenfürsorge. Familienpflege.

Rhens bei Koblenz (Rheinprovinz)

Psychiatrisches Familienheim **„Villa Cosmos"**.



10 Plätze. 2 Verpflegklassen. Am 1. 1. 1928: 7 weibl. Kranke. Obgleich als geschlossene Anstalt konzessioniert, sollen nur solche weibliche Kranke Aufnahme finden, die der Behandlung in der geschlossenen Anstalt nicht mehr bedürfen. Leitender Arzt: Dr. *C. Colmant.* 2 Schwestern. Eröffnet 1923.

Rickling (Provinz Schleswig-Holstein)

Haus Salem. Spezial-Heilstätte für männliche Alkoholkranke. Ebst. Rickling.

5 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 44, Zugänge im Vorjahr 102, Abgänge 94. 44 Plätze. 2 Verpflegklassen. Direktor D. Gleis, Neumünster; Arzt: San.-Rat Dr. *Tycho Tofft.* 2 Pfleger. Gründungsjahr 1887. Besitzer: Landesverein für innere Mission, Neumünster.

Riedhof bei **Ulm** (Württemberg)

Landesfürsorgeanstalt mit Abteilung für Schwachsinnige. Eröffnet 1892. 1911: 50 Plätze. Arzt: Dr. *O. Vogelsang* in Söflingen

Riehen (Kanton Baselstadt, Schweiz)

1. **Sonnenhalde.** Evangel. **Privat-**Heilanstalt für weibliche Gemüts- und Nervenkranke. Ebst. Riehen bei Basel.

32 000 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 27 w. (Krankenbestand z. Zt. wegen Umbaus niedrig), Zugänge im Vorjahr 109, Abgänge 111, darunter Todesfälle 6. 60 Plätze. 3 Verpflegklassen. Leitender Arzt: Dr. *Karl Bach,* 1 Assistent. 20 Schwestern. Gründungsjahr 1900. Tochteranstalt der Diakonissenanstalt Riehen. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

2. **Anstalt zur Hoffnung,** Riehen-Basel, für schwachsinnige Kinder.

Bestand am 1. 1. 1928: 36 m., 23 w., Zugänge 1927: 5 m., 6 w., Abgänge 6 m., 7 w. 60 Plätze. Dir. Ernst Mosimann; Arzt: Dr. *E. Burckhardt-Matzinger.* 6 Schwestern. Offene Anstalt, gegründet 1857.

Riesenburg (Ostpreußen)

Heil- und Pflegeanstalt im Bau.

Riga (Lettland)

1. **Staatliches** Krankenhaus **„Aleksandra Augstumi"** (Alexanderhöhe), Lettland, Riga, Aptiekas iela Nr. 15, für Geisteskranke aller Kategorien.

Bestand am 1. 1. 1928: 145 m., 127 w., Zugänge 1927: 66 m., 27 w., Abgänge 44 m., 23 w., darunter Todesfälle 7 m., 6 w. 120 Plätze. Direktor:

Dr. *Janis Brants*; Leiter der psychiatrischen Abteilung: Dr. *Wilhelm Wendts*, Dr. *Georg Helmersen*; Abt.-Ärzte: Dr. *Janis Allunans*, Dr. *Hermanis Riesbergs*. 2 Subassistente. 4 Schwestern, 21 Pfleger, 24 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt, gegründet 1824.

2. **Rigas** pilsetas Sarkankalna Vaipratigo Slimnica (Rigasche **Städtische** Irrenanstalt **Rothenberg)** für akute und chronische Geisteskranke.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 330 m., 437 w., Zugänge 1927: 273 m., 257 w., Abgänge 273 m., 219 w., darunter Todesfälle 45 m., 41 w. 775 Plätze. 1 Verpflegklasse. Direktor: Prof. Dr. med. *Hermann Buduls*; Ärzte: Dr. *Ernst Hollander*, Dr. *Maximilian Möller*, Dr. *Arsis Karps*, Dr. *Werner Kranlis*, Dr. *Nikolaus Jerums*; Assistent: *Hermann Altups*. 150 Pflegepersonal. Geschlossene Anstalt, gegründet 1862.

3. Dr. L. Schönfeldts **Privatheilanstalt** für Nerven- und Gemütskranke, Thorensberg, Atgasensche Str. 20a. Ebst. Thorensberg.

4000 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 6 m., 11 w., Zugänge im Vorjahr 30 m., 64 w., Abgänge 34 m., 63 w. 30 Plätze. 1. Verpflegklasse. Direktor Dr. *Leopold Schönfeldt*. 6 Pflegerinnen, 2 Schwestern. Gründungsjahr 1915. Geschlossene Anstalt mit offner Abteilung.

Rinteln a. W. (Provinz Hessen-Nassau)

Sanatorium „**Kuranstalt Parkhof**". Ebst. Rinteln.

2 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 7 m., 5 w., Zugänge im Vorjahr 39 m., 36 w., Abgänge 52 m., 49 w., darunter Todesfälle 1 m., 1 w., 36 Plätze. 1 Verpflegklasse. Besitzer und leitender Arzt: Sanitätsrat Dr. *Hermann Lehne*. 8 Pflegepersonen. Gründungsjahr 1895. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung für freiwillige Pensionäre.

Roderbirken bei **Leichlingen** (Rheinprovinz)

Nervenheilstätte der **Landesversicherungsanstalt** Rheinprovinz. Ebst. Leichlingen.

136 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 142 m., 68 w., Zugänge im Vorjahr 1195 m., 1053 w., Abgänge 1196 m., 1058 w. 300 Plätze. 1 Verpflegklasse. Ärzte: Chefarzt San.-Rat Dr. *Ernst Beyer*; Oberärzte: Dr. *Willibald Pfalz*, Dr. *Wilhelm Hahn*, Dr. *Walter Neuhaus*; Anstaltsärzte: Dr. *Josef Severin*, Dr. *Friedr. Karl Beck*. 12 Schwestern. Vom Bergischen Verein für Gemeinwohl 1906 als Volksheilstätte für Nervenkranke gegründet, 1909 von der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz übernommen und erweitert. Offene Anstalt.

Rommelshausen (O.-A. Waiblingen, Württemberg)

Pflegeanstalt für Epileptiker.

Rosegg bei **Solothurn** (Schweiz)

Kantonale Heil- und Pflegeanstalt.

27 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 219 m., 212 w., Zugänge im Vorjahr 60 m., 57 w., Abgänge 59 m., 60 w., darunter Todesfälle 15 m., 12 w. 360 Plätze. 2 Verpflegklassen. Direktor: Dr. *Moritz Tramer*; Sekundärarzt: Dr. *Fritz Stiefel*, Dr. *Moisey-Esther*. 70 Pfleger und Schwestern. Gegründet 1860. Geschlossene Anstalt. Außenfürsorge. Familienpflege. Beratungsstelle. Als Adnex ein offenes Pflegeheim in Egerkingen für 80 Pfleglinge: „Fridau".

Rosenheim bei **Altstätten** (Kanton St. Gallen, Schweiz)

Pension **Rosenheim** für alkoholkranke Frauen.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 11, Zugänge 1927: 14, Abgänge 11, darunter 1 Todesfall. 40 Plätze. 2 Verpflegklassen. Es finden auch Pensionärinnen Aufnahme. Schwestern vom Guten Hirten 5, Schwester Mr. Haveria Zattler, Oberin. Gegründet 1914, geschlossene Anstalt.

Rostock (Mecklenburg-Schwerin)

1. Psychiatrische und Nerven**klinik** und **Landesirrenanstalt Gehlsheim.** Ebst. Rostock.

29 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 218 m., 184 w., Zugänge im Vorjahr 735 m., 421 w., Abgänge 707 m., 439 w., darunter Todesfälle 30 m., 57 w. 420 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Ober-Med.-Rat Prof. Dr. *Rosenfeld*; Oberarzt: Prof. Dr. *Scharncke*; Ass.-Ärzte: Dr. *Skalweit*, Dr. *Grubel*, Dr. *Liebert*, Dr. *Reichner*. 9 Pfleger, 10 Pflegerinnen, 2 Nachtkrankenwärter, 40 Wärter, 42 Wärterinnen. Gründungsjahr 1896. Geschlossene Anstalt mit offnen Abteilungen für Nervenkranke, dazu eine Kinderabteilung. Zentralstelle für Psychopathenfürsorge, Poliklinik für Nervenkranke in der Stadt.

2. **Privatanstalt** für Nervenkranke.

Dr. *Kundt.*

Rotenburg (Rg.-Bez. Stade, Provinz Hannover)

Asyl für Epileptiker und Geistesschwache, **Private** Anstalt der **innern Mission.** Ebst. Rotenburg.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 378 m., 352 w., Zugänge 1927: 79 m., 66 w., Abgänge 31 m., 28 w., darunter Todesfälle 11 m., 7 w. 815 Plätze. 3 Verpflegklassen. Dir. Pastor D. Buhrfeind; Leitender Arzt: Med.-Rat Dr. *Ressel*; Abtl.-Ärzte: San.-Rat Dr. *Roters*, Dr. *Krücke*. 37 Pfleger, 78 Schwestern. Offene Anstalt mit geschloss Abteilung. Gegründet 1880.

Rothenburg O.-L. (Provinz Schlesien)

Brüderhaus **Zoar** für männliche Sieche, Taubstumme, Blinde,

Schwachsinnige, ruhige Fallsüchtige und Geisteskranke, Alkoholiker. Eigentum der evang. Brüderschaft Zoar.

Bestand am 1. 1. 1928: 228, Zugänge 1927: 76, Abgänge 29, darunter 7 Todesfälle. Vorsteher Pastor Curt Zitzmann; Anstaltsarzt: Dr. *Knape*, Rothenburg/Lausitz. Offene Anstalt, gegründet 1898.

Rottenmünster bei **Rottweil** a. N. (Württemberg)

Privatheilanstalt der Barmh. Schwestern v. Untermarchtal für Gemüts- und Geisteskranke. Ebst. Rottweil.

50 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 176 m., 352 w., Zugänge im Vorjahr 89 m., 183 w., Abgänge 82 m., 151 w., darunter Todesfälle 13 m., 31 w. 550 Plätze. 3 Verpflegklassen. Direktor: Dr. *Leo Eha*; Dr. *Karl Eha*, Dr. *Hans Kugler*; 1 Ass.-Arzt. 15 Pfleger, 100 Barmh. Schwestern. Gründungsjahr 1864 in Schwäb.-Gmünd, 1898 nach Rottenmünster verlegt. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung für Frauen.

Ruppichteroth (Reg.-Bez. Köln)

Sanatorium von San.-Rat Dr. Herzfeld für Leichtnervenkranke und für Schwächezustände aller Art. Ebst. Ruppichteroth.

1 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 2 w., Zugänge im Vorjahr 18 m., 75 w., Abgänge 17 m., 76 w. 25 Betten. 1 Verpflegklasse. Arzt: Dr. *Moritz Herzfeld*, San.-Rat. 3 Pflegepersonen. Gegründet 1893. Neubau 1908. Offene Privatanstalt, familiäre Behandlung.

Salzburg (Land Salzburg)

Salzburger **Landesheilanstalt** für Geistes- und Gemütskranke in **Maxglan.** Ebst. Salzburg.

51 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 250 m., 241 w., Zugänge im Vorjahr 137 m., 135 w., Abgänge 142 m., 113 w., darunter Todesfälle 33 m., 36 w. 420 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Hofrat Dr. *Richard Dangl*; Primararzt: Med.-Rat Dr. *Leo Wolfer*; Ass.-Arzt: Dr. *Hanns Gföllner*. 36 Pfleger, 37 Schwestern. Gründungsjahr 1898. Geschlossene Anstalt mit offner Abteilung.

Sarnen (Kanton Obwalden, Schweiz)

Pension **Vonderflüh,** Trinkerheilstätte. Ebst. Sarnen.

35 Jucharten. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 44 m., 4 w., Zugänge im Vorjahr 72 m., Abgänge 74, darunter Todesfälle 1 m., 1 w. 50 Plätze. 1 Verpflegklasse. Direktor: Jos. Schaffhauser; Hausarzt: Dr. *Jul. Stockmann.* 11 Angestellte. Gründungsjahr 1889. Offene Anstalt.

Sayn bei **Coblenz** am Rhein.

Israelitische Kuranstalten (**Jacoby**sche Heil- und Pflegean-

stalt für Nerven- und Gemütskranke). Ebst. Sayn (Westerwaldbahn).

60 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 57 m., 70 w., Zugänge im Vorjahr 26 m., 34 w., Abgänge 25 m., 23 w., darunter Todesfälle 2 m., 5 w. 2 Verpflegklassen. 165 Plätze. Leiter Dr. *Paul Jacoby*, Dr. *Fritz Jacoby*. 10 Pfleger, 8 Schwestern. Gründungsjahr 1870. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Scheibe bei **Glatz** (Prov. Schlesien)

Anstalt für Geisteskranke, Abteilung des **Barmh. Krankenstifts.** Ebst. Glatz.

Bestand am 1. 1. 1928: 88 m., 137 w., Zugänge 1927: 52 m., 58 w. Abgänge 51 m., 53 w., darunter Todesfälle 9 m., 10 w. 234 Plätze. 3 Verpflegklassen. Chefarzt: San.-Rat Dr. *Karl Mertz*, Dr. *Theodor Elsner*, Dr. *Klara Schnarr*. 12 Pfleger, 27 Schwestern. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung, gegründet 1850.

Scheuern bei **Nassau** a. d. Lahn (Provinz Hessen-Nassau)

Heilerziehungs- und Pflegeanstalt für Geistesschwache und Epileptische, Wohltätigkeitsanstalt der **Innern Mission.** Ebst. Nassauhafen.

85 ha. Zahl der Zöglinge am 1. 1. 1928: 280 m., 256 w., Zugänge im Vorjahr 49 m., 40 w., Abgänge 31 m., 28 w., darunter Todesfälle 8 m., 9 w. 550 Plätze. 2 Verpflegklassen. Direktor: Karl Todt (Pädagoge); Anstaltsarzt: Dr. *Eugen Anthes*. 20 Pfleger, 24 Pflegerinnen. Zunächst 1851 als Knaben-Rettungshaus gegründet, 1870 in eine Erziehungs- und Pflegeanstalt für Geistesschwache und Epileptische umgewandelt. Offene Anstalt. Die Anstalt besitzt neben einer Zweiganstalt Langau 2 Gutshöfe mit zusammen 260 Morgen Ländereien zur landwirtschaftlichen Ausbildung der Zöglinge, außerdem Schule und Lehrwerkstätten.

Schkeuditz (Reg.-Bez. Merseburg, Preußen)

Nervenheilanstalt der Knappschafts-Berufsgenossenschaft, **Bergmannswohl.** Ebst. Schkeuditz.

54 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 111 m., 12 w., Zugänge im Vorjahr 3624 m., 407 w., Abgänge 3621 m., 406 w., darunter Todesfälle 2 m., 1 w. 200 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Chefarzt Prof. Dr. *Friedrich Quensel*; Oberarzt: Dr. *Rudolf Tetzner*; Assistenzärzte: Dr. *Otto Vauck*, Dr. *Hans Perls*, Dr. *Rudolf Blecher*, Dr. *Paul Murdfield*; Hilfsärzte: Dr. *Alfred Koch*, Dr. *Eduard Müller*. 13 Pfleger, 3 Schwestern. Gründungsjahr 1910. Offene Anstalt.

Schleswig (Provinz Schleswig-Holstein)

1. **Landes**-Heil- und Pflegeanstalt **Schleswig-Stadtfeld.** Ebst. Schleswig.

162 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 565 m., 631 w., Zugänge im Vorjahre 158 m., 181 w., Abgänge 136 m., 176 w., darunter Todesfälle 42 m., 42 w. 1295 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor San.-Rat Dr. *Paul Dabelstein*, Stellvertreter San.-Rat Dr. *Otto Repkewitz*; Oberärzte: Dr. *Richard Eichbaum*, Dr. *Hans Schultze*, Dr. *Friedr. Ostmann*, Dr. *Erich Straub*, Dr. *Heinrich Struck*, Dr. *August Tornquist*. 312 Pflegepersonal. Gründungsjahr 1820. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen. Außenfürsorge, Familienpflege. Beratungsstelle für psychisch und Nervenkranke.

2. **Landes**-Heil- und Pflegeanstalt für Jugendliche, **Schleswig-Hesterberg.** Ebst. Schleswig.

44 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 373 m., 164 w., Zugänge im Vorjahr 66 m., 32 w., Abgänge 47 m., 48 w., darunter Todesfälle 10 m., 9 w. 665 Plätze einschl. der Kolonien. 1 Verpflegklasse. Ärzte: Direktor San.-Rat Dr. *W. Zappe*; Oberarzt: Dr. *F. Kroemer*, stellvertretender Dir., Dr. *A. Abraham*, 1 Oberarztstelle z. Zt. unbesetzt. 52 Pfleger, 63 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1852, bis 1900 Privatanstalt, jetzt aus 7 neuzeitlichen Häusern bestehend, ein älteres Haus im Umbau für Laboratoriumszwecke. Neuzeitliches Schulgebäude mit Turnsaal. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung: 2 landwirtschaftliche Kolonien. 8-klassige Anstaltsschule mit 5 Lehrern, 3 Kindergärtnerinnen und einer Handarbeitslehrerin, Kindergarten. Familienpflege, Beratungsstelle für psychisch und Nervenkranke.

3. **Privatanstalten** für Schleswig-Stadtfeld. a) **Klosterhof.** 65 Betten, b) **Klapphau** 58 Betten, c) **Königinweg** 65 Betten. d) **Sophienhöhe, Privat**pflegeanstalt für Geisteskranke.

Bestand am 1. 1. 1928: 50 w., Zugänge 1927: 8 w., Abgänge 8. 50 Plätze. 1 Verpflegklasse. Direktor: San.-Rat Dr. *Dabelstein*, Schleswig-Stadtfeld; Hausarzt: San.-Rat Dr. *Repkewitz*. 2 Schwestern, Gegründet 1888.

Schönbrunn bei **Röhrmoos** (Oberbayern)

Assozationsanstalt Schönbrunn für Schwachsinnige, Epileptische, Krüppelhafte usw.

Bestand am 1. 1. 1928: 366 m., 382 w., Zugänge 1927: 106 m., 68 w., Abgänge 21 m., 11 w., darunter Todesfälle 5 m., 19 w. 820 Plätze. 1 Verpflegklasse. Direktor: Josef Steininger; Arzt: Dr. *Josef Steinbacher*. 220 Pfleger und Schwestern, offene Anstalt, gegründet 1861.

Schönecken (Kr. Prüm, Rheinprovinz)

St. Vincenzhaus, Pflegeanstalt für geistesschwache **Mädchen.** Eigentum der Vincentinerinnen. Ebst. Prüm.

Eröffnet 1904. 1911: 30 Plätze.

Schreiberhau i. R. (Provinz Schlesien)

Anstalt zur Erziehung, Pflege und Unterricht **geistes-**

schwacher Kinder u. Epileptiker. Oberschreiberhau. Eigentum eines **Vereins.** Gegründet 1835.

Bestand am 1. 1. 1928: 161 m., 21 w., Zugänge 1927: 37 m., 2 w., Abgänge 26 m., 2 w., darunter Todesfälle 4 m. 200 Plätze. 1 Verpflegklasse. Direktor: Hanns Jerusalem; Arzt: San.-Rat Dr. *Georg Schönherr.* 12 Pflegepersonen. Offene Anstalt, gegründet 1835.

Schussenried (Württemberg)

Staatliche Heilanstalt.

53 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 275 m., 250 w., Zugänge im Vorjahr 58 m., 75 w., Abgänge 68 m., 58 w., darunter Todesfälle 15 m., 10 w. 500 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Ober-Med.-Rat Dr. *Robert Groß*; Oberärzte: Med.-Rat Dr. *Hans Koch*, Dr. *August Weinland*, Dr. *Paul Morstatt*; Volontärarzt: Dr. *Fritz Termehr.* 42 Pfleger, 42 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1875, eröffnet in der ehemaligen Prämonstratenser-Abtei. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Landwirtschaftliche Kolonie. Familienpflege.

Schwarzach im Pongau (Land Salzburg)

Fürstl. Schwarzenbergsche Versorgungsanstalt **Schermberg-Schwarzach** für Geistessieche und Nervenkranke.

Bestand am 1. 1. 1928: 88, Zugänge 1927: 21, Abgänge 12, darunter Todesfälle 1 m., 3 w. 110 Plätze. 3 Verpflegklassen. Dir.: Schwester Oberin Leandra Schock; Primärarzt: Dr. *Bernhard Veitl.* 2 Pfleger, 13 Schwestern. Gegründet 1845, geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Schweinspoint bei **Marxheim** (Bayern, Schwaben)

Wohltätigkeits- und Pfleganstalt der **Barmherzigen Brüder.**

Bestand am 1. 1. 1928: 195, Zugänge 1927: 35, Abgänge 28, darunter 22 Todesfälle. 210 Plätze. 3. Verpflegklasse. Vorstand: M. Bierler; Anstaltsarzt: Dr. *Eichinger.* 18 Pfleger. Gründungsjahr 1864. Offene Anstalt.

Schwerin (Mecklenburg)

1. Heil- und Pflegeanstalt **Sachsenberg.** Ebst. Schwerin i. M.

63 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 319 m., 352 w., Zugänge im Vorjahr 110 m., 108 w., Abgänge 107 m., 106 w., darunter Todesfälle 27 m., 32 w. 700 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Ober-Med.-Rat Dr. *Johannes Fischer*; Oberarzt: Med.-Rat Dr. *Karl Schmidt*; Anstalts-Ärzte: Dr. *Walter Medow*, Dr. *Paul Gründler.* Pflegepersonal 137. Gründungsjahr 1830. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

2. **Kinderheim Lewenberg,** Schwerin. **Staatliche** Heil- und Pflegeanstalt für geistesschwache Kinder.

18 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 165 m., 123 w., Zugänge im Vorjahr 29 m., 18 w., Abgänge 24 m., 14 w., darunter Todesfälle 7 m., 7 w. 295 Plätze. 3 Verpflegklassen. Direktor: Ober-Med.-Rat Dr. *Rust.* 46 Pfleger und Schwestern. Gründungsjahr 1867. Offene Anstalt.

3. **Privatklinik Schloßgarten-Sanatorium** für Nerven- und Gemütskranke. Schwerin.

2 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 5 m., 5 w., Zugänge 1927: 83 m., 107 w., Abgänge 77 m., 103 w., darunter Todesfälle 1 m., 3 w. 24 Plätze. 2 Verpflegklassen. Nervenarzt Dr. *Walter Rohardt.* 4 Pflegepersonen. Gründungsjahr 1925. Offene Anstalt.

Seefrieden bei **Moritzburg** (Sachsen)

Heilstätte des **Vereins** „Sächsischer Volksheilstätten für Alkoholkranke", Ebst. Moritzburg b. Dresden

9 ha. Zahl der Kranken am 1. 10. 1928: 65 Männer, Zugänge im Vorjahr 131, Abgänge 131. 65 Plätze. 1 Verpflegklasse. Leitender Arzt: Reg.-Med.-Rat Dr. *Hörmann*; Hausvater und Direktor Edmund v. Döhren. Gründungsjahr 1903. Außenfürsorge. Offene Anstalt. Hausguttemplerloge.

Sigmaringen, Hohenzollern.

Dem **Landeskrankenhause** ist als Abt. eine Irrenheil- und Pflegeanstalt angegliedert.

Bestand am 1. 1. 1928: 85 m., 87 w. Geisteskranke, Zugänge 1927: 25 m., 26 w., Abgänge 12 m., 23 w., darunter Todesfälle 6 m., 10 w. Im Ganzen 400 Plätze. 2 Verpflegklassen. Direktor: Dr. med. *Friedrich End*; Oberarzt: Dr. *Hermann Lieb*, 1 Med.-Prakt. 8 Wärter, 30 Schwestern. Offene Anstalt mit geschl. Abteilung. Gegründet 1828.

Sinsheim a. E. (Baden)

Kreispflegeanstalt Sinsheim.

5,9 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 141 m., 216 w., Zugänge im Vorjahr 42 m., 43 w., Abgänge 30 m., 35 w. 366 Plätze. 3 Verpflegklassen. Direktor Dr. *Treiber.* 21 Pflegepersonal. Gründungsjahr 1877. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Anstalt dient zur Pflege Geisteskranker und körperlich Kranker.

Sonnenstein bei **Pirna** (Sachsen)

Landesheil- und Pfleganstalt. Ebst. Pirna.

126 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 227 m., 440 w., Zugänge im Vorjahr 176 m., 149 w., Abgänge 170 m., 160 w., darunter Todesfälle 19 m., 29 w. 700 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Ober-Med.-Rat Prof. Dr. *Paul Nitsche*, stellvertretender Direktor Ober-Med.-Rat

Dr. *Paul Rentsch*; Ober-Reg.-Med.-Rat Dr. *Fritz Sievert*, II. stellvertr. Direktor; Reg.-Med.-Räte: Dr. *Willy Hoffmann*, Dr. *Eugen Rahnenführer*, Dr. *Ludwig Gaupp*, Hilfsarzt Dr. *Karl Frobenius*, 1 Praktikantin. 45 Pfleger, 70 Schwestern, dazu Hilfspersonal. Gegründet 1811. Siehe 1. von Nostitz und Jänckendorff: Beschreibung der Königl. Sächs. Heil- und Verpflegungsanstalt Sonnenstein 3 Bände. 1829. Dresden Verlag der Waltherschen Buchhandlung; 2. Georg Ilberg: Von der Gründung der Irrenanstalt Sonnenstein im Jahre 1811 und der Behandlung der Seelenkranken daselbst vor 100 Jahren (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 84). Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen. Außenfürsorge. Familienpflege. Beratungsstelle für psychisch und Nervenkranke in der der Anstalt angegliederten staatlichen Nervenheilanstalt Maria-Anna-Heim (siehe unter Pirna).

Sorau N.-L. (Provinz Brandenburg)

Brandenburgische **Landes**irrenanstalt. Ebst. Sorau.

325 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 395 m., 633 w., Zugänge im Vorjahr 163 m., 153 w., Abgänge 186 m., 146 w., darunter Todesfälle 40 m., 54 w. 1245 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor San.-Rat Dr. *Mathias Schmitz*; Oberärzte: Dr. *Wilhelm Ahrens*, Dr. *Otto v. Domarus*; Assistenzärzte: *Johannes Daseking*, Dr. *Edwin Notzke*, Dr. *Rudolf Albrecht Preiser*. 108 Pfleger, 136 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1812. Das Stammhaus, ein schloßartiger Barockbau, wurde 1723 vom Reichsgrafen Erdmann II. von Promnitz errichtet. Im Jahre 1810 kauften es die Stände der Niederlausitz und 1812 wurde das Promnitzhaus zu einer besonderen Heilanstalt für Gemütskranke erweitert. Geschlossene Anstalt.

Spiez am Thunersee (Kanton Bern, Schweiz)

Kuranstalt **Sonnenfels.**

4 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 6 m ., 13 w., Zugänge im Vorjahr 12 m., 9 w., Abgänge 14 m., 8 w., darunter Todesfälle 1 m., 1 w. 25 Plätze. 1 Verpflegklasse. Ärzte: Dr. *E. Mützenberg*, Besitzer. Dr. *A. Escher*, Hausarzt. 8—10 Pflegepersonal. Gründungsjahr 1885. Offene Anstalt. Beratungsstelle für psychisch und Nervenkranke.

Stackeln (Lettland)

Valsts slimnica Strencos (Früher Livländische **Landes**heil- und Pflegeanstalt Stackeln) für Geisteskranke, Epileptiker u. Trunksüchtige. Ebst. Strenči (Stackeln).

87 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 155 m., 185 w., Zugänge im Vorjahr 72 m., 54 w., Abgänge 70 m., 55 w., darunter Todesfälle 20 m., 10 w. 310 Plätze. 1 Verpflegklasse. Ärzte: Direktor Dr. *Arved Sukurs*, Dr. *Felix Celnin*, Dr. *Georg Sprogis*. 57 Pfleger, 6 Schwestern. Gründungsjahr 1907. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Beratungsstelle in Riga.

Stadtroda (Thüringen)

Thüringische **Landesheilanstalten**, Direktor Professor Dr. Walter Jacobi, Obermed.-Rat. 1. Abteilung für Psychisch Kranke.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 92 m., 76 w., Zugänge im Vorjahr 85 m., 95 w., Abgänge 85 m., 98 w., darunter Todesfälle 8 m., 14 w. 200 Plätze. 2 Verpflegklassen. Assistenzärzte: Med.-Rat Dr. *Felix Jung*, Dr. *Herbert Winkler*, Dr. *Karl Brugger*; Volontärärztin: Dr. *Margarete Hielscher*. 47 Pflegepers. Gündungsjahr 1848. Geschlossene Anstalt. Außenfürsorge, Familienpflege. Beratungsstelle für Psychischkranke und Nervenkranke.

2. Beobachtungsheim.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 12 m., 17 w., Zugänge im Vorjahr 105 m., 136 w., Abgänge 103 m., 143 w., darunter Todesfälle 1 w., 40 Plätze. 1 Verpflegklasse. Ärzte: Med.-Rat Dr. *Felix Jung*, Dr. *Gertrud Kopp*. 2 Erzieherinnen, 3 Pflegerinnen; aufgenommen werden verwahrloste, psychopathische und schwachsinnige Kinder von 3—14 Jahren, verwahrloste, psychopathische und schwachsinnige Mädchen von 14—21 Jahren.

3. Erziehungsheim für jugendl. Psychopathen und Schwachsinnige.

Am 1. 1. 1928: 158 m., 165 w. Zöglinge. Zugänge im Vorjahr 75 m., 137 w., Abgänge 70 m., 137 w., darunter Todesfälle 1 m. 320 Plätze 1 Verpflegklasse. Ärzte: Dr. *Felix Jung*, Dr. *Gertrud Kopp*. 42 Erzieherinnen, darunter 10 Lehrer, 3 beamtete Lehrkräfte, 12 Pflegerinnen. Offene Anstalt.

Steg (Kanton Zürich, Schweiz)

Pflegeanstalt **Blumenau.**

Bestand am 1. 1. 1928: 56, Zugänge 1927: 20, Abgänge 24, darunter 6 m., 4 w. Todesfälle. 70 Plätze. 2 Verpflegklassen. Direktor Emil Schnurrenberger; Arzt: Dr. med. *Carl Spörri*, Bauma. 4 Pflegekräfte. Offene Anstalt. Gegründet 1894.

Stenken (Reg.-Bez. Königsberg, Ostpreußen)

Ostpreußische Heilstätte für Alkoholkranke in Landgut Stenken. Ebst. Nautzken.

7 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 20 m., Zugänge im Vorjahr 25, Abgänge 5. 32 Plätze. 1 Verpflegklasse. Leiter: Pfarrer Alfred Reinhard. Arzt: Dr. *Brumby* in Caymen. 1 Pfleger, 1 Schwester. Gegründet 1927 von den Anstalten der Innern Mission in Carlshof b. Rastenburg, Ostpreußen. Offene Anstalt. Beratungsstelle für Alkoholkranke.

Sternberg (Mähren)

Mähr. **Landes**irrenanstalt der Cechoslowakischen Republik.



62 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 461 m., 378 w., Zugänge 239 m., 188 w., Abgänge 197 m., 175 w., darunter Todesfälle 60 m., 48 w. 765 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor: MUDr. *Edvard Valniček*, Primärärzte: MUDr. *Matthäus Weber*, MUDr. *Augustin Pust*, MUDr. *Jan Kubelka*, Sekundärärzte: MUDr. *Vlastimil Hruby*, MUDr. *Josef Knapp*, MUDr. *Pavel Renner*, MUDr. *Otokar Douša*. 152 Pflegepersonal. Gründungsjahr 1893. Geschlossene Anstalt.

Stetten i. R. O. A. Waiblingen (Württemberg)

Heil- und Pflegeanstalt der **Innern Mission** für Schwachsinnige und Epileptiker.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 320 m., 236 w., Zugänge im Vorjahr 49 m., 41 w., Abgänge 41 m., 38 w., darunter Todesfälle 11 m., 9 w. 560 Plätze. 3 Verpflegklassen. Anstaltsarzt: Dr. *Albert Genelin*, Inspektor: Dr. *Otto Kieser*. 26 Pfleger, 30 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1849 in Rieht bei Vaihingen a. d. Enz, Mai 1864 in Stetten i. R. Offene Anstalt.

Stettin (Prov. Pommern)

1. **Kückenmühler** Anstalten der Innern Mission.

90 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 370 m., 304 w., Zugänge im Vorjahr 377 m.,, 279 w., Abgänge 353 m., 275 w., darunter Todesfälle 31 m., 19 w., 700 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Chefarzt San.-Rat Dr. *Hubert Schnitzer*; Oberarzt: Dr. *Erich Wegener*; Assistenzarzt: Dr. *Werner La Roche*; Volontärarzt: Dr. *Heinrich Witetzki*. 49 Pfleger, 67 Schwestern. Gründungsjahr 1863. Erziehungsanstalt für Schwachsinnige, Psychopathenabt. für abnorme Fürsorgezöglinge, Abt. für Geisteskranke, Siechenabteilung, Abt. für Epileptische. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Familienpflege. Beratungs- und Fürsorgestelle in Stettin.

2. **Sanatorium Ernst Moritz Arndthaus,** Stettin-**Eckerberg** für Nervenkranke und innerlich Kranke.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 2 m., 22 w., Zugänge im Vorjahr 81 m., 150 w., Abgänge 83 m., 136 w., darunter Todesfälle 4 m., 5 w., 60 Plätze. 1 Verpflegklasse. Leit. Arzt: Dr. *Walter Görlitz*. 1 Pfleger, 6 Schwestern. Gründungsjahr 1890. Offene Privat-Anstalt.

Stralsund (Provinz Pommern)

Provinzialheilanstalt. Ebst. Stralsund.

102 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 380 m., 528 w., Zugänge im Vorjahr 187 m., 220 w., Abgänge 154 m., 220 w., darunter Todesfälle 33 m., 62 w. 1130 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor San.-Rat Dr. *Horstmann*; Oberarzt: Dr. *Karl Kluth*, Oberarzt Dr. *Erwin Lauschner*; Anstaltsarzt: Dr. *Franz Lüddecke*; Assistenzärzte: Dr. *Emil Knaake*, Dr. *Gottfried Jungmichel*. 173 Pflegepersonal. Gründungsjahr 1912.

Außenfürsorge. Familienpflege. Festes Haus für 50 geisteskranke Verbrecher.

Streitberg (Oberfranken, Bayern)

Sanatorium Dr. Dieckhoff. Ebst. Streitberg.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 2 m., 9 w., Zugänge im Vorjahr 87 m., 131 w., Abgänge 83 m., 122 w., darunter Todesfälle 2 m. 30 Plätze. 1 Verpflegklasse. Direktor Sanitätsrat Dr. Dieckhoff, leit. Arzt Dr. *Dürr*. 2—3 Pflegepersonal. Offene Anstalt.

Stuttgart (Württemberg)

Bürgerhospital Stuttgart, psychiatrische und neurologische Abteilung.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 102, Zugänge 1927: neurologische Fälle 201, psychiatrische 859, Abgänge neurol. 195, psychiatrische 829. Die psychiatrische Abteilung hat 125, die neurologische 21 Plätze. Ärzte: Direktor Professor Dr. *Albrecht Wetzel*; Oberärzte: Dr. *Hermann Gundert*, Dr. *Heinrich Schmidt* (ärztl. Leiter der Krankenabteilung); Assistenzärzte: Dr. *Ilse Graf*, Dr. *Henke*, Dr. *Selle*. 62 Pfleger und Schwestern. Gründungsjahr des Bürgerhospitals etwa 1366, der Psychiatrischen Abteilung 1894.

Süchteln Reg.-Bez. Düsseldorf (Rheinprovinz)

Provinzial-Heil- und Pfleganstalt **Johannistal für** Epileptiker u. Geisteskranke bei (Ebst.) Süchteln (Krefeld-Süchteln), Elektr. Strb.-Bahnhof Viersen (25 Minuten), Bahnhof M.-Gladbach (55 Min.).

146,5 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 547 m., 621 w., Zugänge im Vorjahr 299 m., 195 w., Abgänge 291 m., 199 w., darunter Todesfälle 49 m., 55 w., 1100 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor San.-Rat Dr. *Karl Orthmann*, Oberärzte: Dr. *Karl Becker*, Dr. *Hermann van Husen*, Dr. *Oskar Hermann*; Anstaltsärzte: Dr. *Paul Mause*, Dr. *Erich Blum*; Assistenzarzt: Dr. *Fritz Polstorff*. Gründungsjahr 1905. 81 Pfleger, 86 Pflegerinnen inkl. Oberpflegepersonal. Beratungsstelle für Psychisch- und Nervenkranke. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen.

Sulza bei **Jena** (Thüringen)

Georg Koehler-Haus, Heilstätte für Alkoholkranke und Gefährdete. Ebst. Göschwitz (Saale).

3 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 16 m., Zugänge im Vorjahr 32, Abgänge 16. 22 Plätze. 1 Verpflegklasse. Besitzer: der Guttempler-Orden, Sitz Weißenfels a. d. Saale. Hausarzt: Med.-Rat Dr. *L. Grobe*, Thür. Kreisarzt, Stadtroda. Direktor: Johannes Thiken. Gründungsjahr 1926. Außenfürsorge in Zusammenarbeit mit den behördlichen Wohlfahrtsorganisationen und dem deutschen Guttempler-Orden. Offene Anstalt.

Tapiau (Provinz Ostpreußen)

Provinzial- Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Tapiau.

207 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 585 m., 848 w., Zugänge im Vorjahr 213 m., 316 w., Abgänge 159 m., 250 w., darunter Todesfälle 30 m., 54 w. 1337 Plätze. 1 Verpflegklasse. Ärzte: Direktor Dr. *Paul Holthausen*; Oberärzte: Dr. *Otto Krakow*, Dr. *Paul Krüger*, Dr. *Ernst Pietsch*, Dr. *Karl Knab*, Dr. *Wahrhold Ortleb*, Dr. *Georg Fabian*, Dr. *Walter Richtzenhain*, Dr. *Fritz Heyn*, Dr. *Heinrich Witetzki*. 123 Pfleger, 133 Pflegerinnen. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Außenfürsorge. Familienpflege.

Tegel bei **Berlin**

Sanatorium **Waldhaus, Privat**-Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Berlin-Tegel.

4 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 64 w., Zugänge im Vorjahr 203 w., Abgänge 204, darunter Todesfälle 11. 64 Plätze. 3 Verpflegklassen. Besitzer u. leit. Arzt Dr. *Paul Horn*. 7 Pflegepers. Gründungsjahr 1894. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Telgte (Prov. Westfalen)

St. Rochus-Hospital. Abt. I. **Private** Heil- u. Pflegeanstalt für weibl. Gemütskranke. Ebst. Telgte.

65 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 260, Zugänge im Vorjahr 85, Abgänge 84, darunter Todesfälle 10. 250 Plätze. 3 Verpflegklassen. Geschlossene Anstalt. Abt. II. Allgem. Krankenhaus 65 Plätze. Chefarzt: Dr. *Anton Sicking*, 2. Arzt vacat. 50 Schwestern. Gründungsjahr 1884.

Teupitz (Kreis Teltow, Prov. Brandenburg)

Brandenburgische **Landesanstalt.** Ebst. Teupitz-Großköris.

	159 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 469 m., 812 w.					
		einschl.	307	nicht	geisteskr.	Hospitalitinnen
Zugänge im Vorjahr	222 m., 521 w.	,,	294	,,	,,	,,
Abgänge	145 m., 402 w.	,,	241	,,	,,	,,
dar. Todesfälle	30 m., 105 w.	,,	66	,,	,,	,,

1691 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor San.-Rat Dr. *Hugo Woernlein*; Oberärzte: Dr. *Martin Lahre*, Dr. *Georg Brandt*, Dr. *Wilhelm Heise*, Dr. *Kurt Hellwig*; Assistenzarzt: Dr. *Karl Aug. Schlüter*, Dr. *Bruno Schweiger*. 135 Pfleger, 148 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1908. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Familienpflege.

Tost (Provinz Oberschlesien)

Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Tost.

115 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 266 m., 317 w., Zugänge im Vorjahr 172 m., 137 w., Abgänge 147 m., 129 w., darunter Todesfälle 18 m., 24 w. 627 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. *Alois Schinke*; Assistenzärzte: Dr. *Alfred Lokay*, Dr. *Theodor Herzberg*, Dr. *Günther Freisel.* 54 Pfleger, 47 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1890. Geschlossene Anstalt. Außenfürsorge. Familienpflege.

Traunstein (Oberbayern)

Kurheim **Kernschloß** für Nervenleidende und Erholungsbedürftige. Ebst. Traunstein.

1,7 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 1 m., 6 w., Zugänge 1927 16 m., 56 w., Abgänge 19 m., 53 w., 14 Plätze. 1 Verpflegklasse. Leitender Arzt San.-Rat Dr. *Eduard Schnorr von Carolsfeld.* 1 leitende Schwester, nach Bedarf Pflegepersonal. 1926 eröffnet. Offene Privatanstalt.

Treffurt (Provinz Sachsen)

Privatirrenanstalt des Gärtnereibesitzers **Rausch.**

Treptow a. d. Rega (Provinz Pommern)

Provinzialheilanstalt. Ebst. Treptow a. d. R.

112 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 364 m., 463 w., Zugänge im Vorjahr 150 m., 143 w., Abgänge 123 m., 134 w., darunter Todesfälle 23 m., 22 w. 850 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor San.-Rat Dr. *Gustav Deutsch*; Oberarzt: Dr. *Theophil Mootz*; Anstaltsärzte: Dr. *Erich Wernecke*, Dr. *Otto Unruh*; Assistenzarzt: Dr. *Rudolf Henkel.* 73 Pfleger, 85 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1900. Außenfürsorge. Geschlossene Anstalt mit offenen Abteilungen und 3 Pensionaten für Kranke I. u. II. Klasse.

Treysa (Bez. Kassel, Provinz Hessen-Nassau)

Hephata, Erziehungs- und Pflegeanstalt für Schwachsinnige und Psychopathenheim. Ebst. Treysa.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 304 m., 188 w., Zugänge 75 m., 34 w., Abgänge 42 m., 12 w., darunter Todesfälle 8 m., 4 w. 520 Plätze. 2 Verpflegklassen. Direktor: Pfarrer Friedrich Happich. Leitender Arzt: Dr. med. *Wilhelm Wittneben*; Abt.-Arzt: Dr. *Friedrich Schaub.* 92 Pflegepersonal. Gründungsjahr 1893. Offene Anstalt.

Trier (Rheinprovinz)

Heil- und Pfleganstalt der **Barmherzigen Brüder** für männliche Geisteskranke, Epileptiker u. Schwachsinnige.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 633, Zugänge im Vorjahr 187, Abgänge 146, darunter Todesfälle 54. 640 Plätze. 3 Verpflegklassen.

Geleitet von der Genossenschaft der Barmh. Brüder von Trier. Chefarzt: Dr. med. *Theodor Schwickerath*, Spezialarzt für Nervenkranke; Assistenzärzte: Dr. *Ed. Woitas*, Dr. *Schieffer*. 54 Pfleger. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Tschugg (Kanton Bern, Schweiz)

Bethesda, Anstalt für Epileptische.

Bestand am 1. 1. 1928: 104 m., 115 w., Zugänge 1927: 21 m., 13 w., Abgänge 13 m., 6 w., darunter Todesfälle 6 m., 3 w. 225 Plätze. 2 Verpflegklassen. Direktor: Rud. Hegi; Arzt: Dr. *Ed. Blank*. 29 Pflegepers. Offene Anstalt. Gegründet 1886.

Tübingen (Württemberg)

Universitätsklinik für Gemüts- und Nervenkranke.

4 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 74 m., 87 w., Zugänge im Vorjahr 738 m., 524 w., Abgänge 720 m., 517 w., darunter Todesfälle 12 m., 8 w. 200 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor o. Prof. Dr. *Robert Gaupp*; Oberarzt: a. o. Prof. Dr. *Herm. Hoffmann*, Assistenzärzte: Dr. *Adolf Heidenhain*, Dr. *Max Eyrich*, Dr. *Otto Kant*, Dr. *Werner Lippmann*, Dr. *Paul Tiemer*; Volontärärzte: Dr. *Ernst Hirsenkamp*, Dr. *Hanns Bensheim*, Dr. *Cordula Manstetten*, Dr. *Eva Rothmann*. 18 Pfleger, 24 Pflegerinnen, 10 Diakonissen. Gründungsjahr 1894. Seit 1919 Kinderabteilung in besonderem Gebäude. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Poliklinik.

Uchtspringe (Altmark, Provinz Sachsen)

1. **Landesheilanstalt.** Ebst. Uchtspringe.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 753 m., 493 w., darunter unter 14 Jahren 198 Knaben, 110 Mädchen., Zugänge im Vorjahr 376 m., 263 w., Abgänge 286 m., 229 w., darunter Todesfälle 34 m., 36 w. 1162 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor: San.-Rat Dr. *Hermann Bockhorn*; stellvertr. Direktor: Oberarzt Dr. *Oskar Reimann*; Oberärzte: Dr. *Kurt Schröder*, Dr. *Ernst Bufe*, Dr. *Fritz Orland*, Dr. *Friedrich Wagner*, Dr. *Paul Krause*. 101 Pfleger, 141 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1894. Der Anstalt ist eine besondere Heilerziehungs- und Schulabteilung angegliedert, an der 1 Rektor, 5 Lehrpersonen, 3 Hausmütter, 4 Hortnerinnen und 1 Hausvater tätig sind. In Familienpflege 104 m., 54 w. Kranke. Poliklinik. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

2. Trinkerheilstätte Kurhaus **Wilhelmshof** in Uchtspringe.

27 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 9 m., Zugänge im Vorjahr 28, Abgänge 26. 36 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: San.-Rat Dr. *Bockhorn*; Oberarzt: Dr. *Ernst Bufe*. 2 Pfleger. Wilhelmshof ist Trinkerheilstätte des Trinkerheilstättenvereins der Provinz Sachsen und des Freistaats Anhalt. 1908 gegründet. Offene Anstalt.

Ückermünde (Provinz Pommern)

Provinzialheilanstalt. Ebst. Ückermünde.

122 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 373 m., 404 w., Zugänge im Vorjahr 127 m., 84 w., Abgänge 102 m., 57 w., davon Todesfälle 34 m., 23 w. 759 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor: Dr. *Victor Tomaschny*; Oberärzte: Dr. *Hermann Vollheim*, Dr. *Hans von Sydow*; Anstaltsarzt: Dr. *Hans Gerhardt*; Assistenzarzt: Dr. *Karl-Hans Kletzin*; Volontärärztin: Dr. *Irmgard Krieger*. 71 Pfleger, 63 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1875. In Familienpflege z. Zt. 114 Kranke. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Ülsby bei **Schleswig** (Prov. Schleswig-Holstein)

Villa Wilhelma. Privatpfleganstalt für gemüts- und nervenkranke Frauen. Ebst. Ekebergkrug-Ülsby der Kreisbahn Schleswig-Satrup.

Bestand am 1. 1. 1928: 12, Zugänge 1928: 6, Abgänge 6, darunter kein Todesfall. 12 Plätze. 1 Verpflegkasse. Arzt: Dr. *Ferdinand Schulze*. 2 Schwestern. Geschlossene Anstalt mit Aufnahme freiwilliger Pensionäre, Familienanschluß. Gegründet 1904.

Untergöltzsch bei **Rodewisch** i. V. (Sachsen)

Staatliche Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. Rodewisch i. V.

132 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 297 m., 386 w., Zugänge 182 m., 181 w., Abgänge 157 m., 161 w., darunter Todesfälle 17 m., 36 w. 642 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor: Oberregierungs-Med.-Rat Dr. *Ernst Böttcher*, Reg.-Med.-Räte: Dr. *Friedrich Geist*, Dr. *Wilhelm Kell*, Dr. *Josef Klemperer*, Dr. *Hermann Wallis*. 40 Pfleger, 48 Schwestern. Gründungsjahr 1893. Außenfürsorge. Beratungsstelle für Psychisch- und Nervenkranke. Offene Anstalt mit geschlossenen Abteilungen.

Unterrath bei **Düsseldorf** (Rheinprovinz)

Anstalt der **Schwestern vom hl. Kreuz** für weibl. Epileptiker.

Eröffnet 1883. 1911: 220 Plätze.

Urach (Württemberg)

Privat-Sanatorium für Nervenkranke.

St. Urban (Kanton Luzern, Schweiz)

Kantonale Heil- und Pflegeanstalt. Ebst. St. Urban.

18040,5 Aren. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 279 m., 313 w., Zugänge im Vorjahr 83 m., 103 w., Abgänge 95 m., 102 w., darunter Todesfälle 24 m., 30 w. 620 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr.

Jakob Wyrsch, Dr. *Jakob Burtolf*, Dr. *Pio Cattaneo*, Dr. *Alice Gaule*. 35 Wärter, 40 Schwestern. Gründungsjahr 1873. St. Urban ist ein im 12. Jahrh. gegründetes Cisterzienserkloster, welches im Jahre 1848 aufgehoben und in den siebziger Jahren zu einer Anstalt umgebaut wurde. Geschlossene Anstalt.

Uster (Kanton Zürich, Schweiz)

Züricher Pfleganstalt für geistesschwache, bildungsunfähige Kinder. Ebst. Uster.

1400 Aren. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 97 m., 51 w., Zugänge im Vorjahr 3 m. 5 w., Abgänge 3 m., 3 w., darunter Todesfälle 2 m., 2 w. 150 Plätze. 1 Verpflegklasse. Anstaltsarzt: Dr. *J. Moor*, Hausvater Joh. Barandun. 19 Schwestern. Gründungsjahr 1904. Geschlossene Anstalt mit offn. Abteilung.

Valduna bei **Rankweil** (Voralberg, Österreich)

Landesirrenanstalt von Vorarlberg in Valduna, Post **Rankweil**, Landschaftliche Anstalt für Geisteskranke u. Trunksüchtige.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 73 m., 83 w., Zugänge im Vorjahr 42 m., 56 w., Abgänge 41 m., 41 w., darunter Todesfälle 12 m., 9 w. 3 Verpflegklassen. (Überfüllt). Anstaltsleiter Max Beregger. Ärzte: Oberarzt Dr. *Albert Längle*, Dr. *Gebhard Ritter*. Gründungsjahr 1870. Geschlossene Anstalt.

Volmerdingsen bei **Oynhausen** (Provinz Westfalen)

Westf. ev. Pflege- und Erziehungsanstalt **Wittekindshof** für nicht epileptische Schwachsinnige. Ebst. Bad Oynhausen.

165 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 609 m., 407 w., Zugänge 1927: 108 m., 63 w. Abgänge: 48 m., 70 w., darunter Todesfälle 17 m., 11 w. 1100 Plätze. 1 Verpflegklasse. Anstaltsleiter: Pastor Theodor Brünger, Leit. Arzt: San.-Rat Dr. *Dieckmann*, Dr. *Schuhmacher*, San.-Rat Dr. *Augener*. 40 Pfleger, 40 Schwestern. Gründungsjahr 1887. Offene Privatanstalt. Zweiganstalt Ulenburg b. Löhne. Ausbildungsheim für entlassene Hilfsschüler.

Wahren, Kreis Wohlau (Provinz Schlesien)

Hedwigsruh, Irrenabteilung des Klosters und Krankenhauses St. Hedwigsruh. Nimmt nur noch geisteskranke Schwestern auf.

Bestand am 1. 10. 1928: 5. Ärzte: Dr. *Herda*, Dyhernfurth, Geh. Med.-Rat Kreisarzt Dr. *Freitag*-Wohlau. 3 Schwestern.

Waldbreitbach, Kreis Neuwied (Rheinprovinz)

1. **Marienhaus,** Heil- und Pfleganstalt für weibliche Gemütskranke. Eigentum der Franziskanerschwestern von Waldbreitbach.

Bestand am 1. 1. 1928: 331, Zugänge im Vorjahr 169 m., Abgänge 146, darunter Todesfälle 14. 345 Plätze. 3 Verpflegklassen. Leitender Arzt: Dr. *Paul Landwehr*, Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten. 1 Assistent. 98 Schwestern. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Gegründet 1863.

2. **Antoniushaus** in Waldbreitbach für weibl. Geisteskranke.

3. **St. Josefhaus, Privatanstalt** für männliche Geistesschwache. Ebst. Neuwied.

144 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 509 m., Zugänge im Vorjahr 92, Abgänge 70, darunter Todesfälle 20. 540 Plätze. 1 Verpflegklasse. Bruder Amadeus Eilers, Vorsteher. Dr. *Arthur Kost*, leit. Arzt. 105 Brüder. Gründungsjahr 1873. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Waldbröl, Reg.-Bez. Köln (Rheinprovinz)

Evang. Heil- und Pfleganstalt für Geisteskranke, Epileptiker, Psychopathen usw. Eigentum der G. m. b. H. Evang. Krankenhaus zu Waldbröl.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 182 m., 230 w., Zugänge im Vorjahr: 236 m., 230 w., Abgänge 76 m., 57 w., darunter Todesfälle 13 m., 19 w., 580 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: *Paul Kupfernagel*, *Wilhelm Schmidt*, *Gerhard Kunert*. 30 Pfleger, 45 Schwestern. Geschlossene Anstalt. Gegründet 1920, ursprüngliche Anstalt 1895.

Waldhaus bei Chur (Kanton Graubünden, Schweiz)

Kantonale Irrenanstalt. Ebst. Chur.

30 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 119 m., 127 w., Zugänge 1927: 68 m., 67 w., Abgänge 67 m., 67 w., darunter Todesfälle 13 m., 15 w. 250 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. *J. Jörger*, Dr. *J. B. Jörger*. 26 Wärter, 21 Wärterinnen. Gründungsjahr 1889. Beratungsstelle für Psychisch- und Nervenkranke. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Waldheim (Sachsen)

Landes-Heil- und Pfleganstalt für kriminelle männliche Geisteskranke. Ebst. Waldheim.

3728 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 200. Zugänge im Vorjahr 81, Abgänge 86, darunter Todesfälle 4. 250 Plätze. 1 Verpflegklasse. Ärzte: Direktor Oberregierungs-Med.-Rat Dr. *Siegfried Maaß*, Reg.-Med.-Räte: Dr. *Martin Weicksel*, Dr. *Kurt Kieme*. 60 Pfleger. Waldheim ist die älteste staatliche öffentliche Irrenanstalt Sachsens, ihre Eröffnung erfolgte am 4. 4. 1716. Im Jahre 1833 aufgehoben, wurde sie 1876 wieder eröffnet als Irrenstation bei der Strafanstalt Waldheim. Im Jahre 1919 wurde die Anstalt unter selbständige ärztliche Direktion gestellt und von der Strafanstalt losgelöst.

Literatur: 1. Beschreibung des Chur-Sächsischen allgemeinen Zucht-, Waysen- und Armen-Hauses in Waldheim. Dresden und Leipzig bei Christian Robritz, 1721. 2. Die Irrenstation bei der Strafanstalt Waldheim von Dr. *Knecht*, Allg. Zeitschrift für Psychiatrie 37. Band, 1881.

Waldniel (Rheinprovinz)

St. Josephsheim. Bildungs- und Pflegeanstalt für männliche Geistesschwache.

Bestand am 1. 1. 1928: 581, Zugänge 1927: 223, Abgänge 209, darunter Todesfälle 11. 600 Plätze. Vorstand Agritius Denis. Leitender Arzt Dr. *Wilhelm Marke*. 80 Pfleger. Halboffene Anstalt. Gegründet 1910.

Waldruhe, Kreis Gummersbach (Rheinprovinz)

Gut **Waldruhe** b. Bielstein-Rhld. Anstalt für Erwerbsbeschränkte u. halbe Kräfte. Pflegeheim.

25 Plätze, 1 Verpflegklasse. Zugänge 1927: 3, Abgänge 3, Bestand 1928: 25. Eigentümer und verantwortl. Leitung Direktion d. Diakonenanstalt Duisburg. Pfarrer Giese. Hausvater Diakon Ewald Hensel, 2 Diakonen. Offene Anstalt. Gegründet 1907.

Warstein (Reg.-Bez. Arnsberg, Provinz Westfalen)

Provinzial-Heilanstalt. Ebst. Warstein.

124 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 439 m., 772 w., Zugänge im Vorjahr 218 m., 232 w., Abgänge 256 m., 251 w., darunter Todesfälle 32 m., 55 w. 1413 Plätze (einschl Erziehungsheim). 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. *Ferdinand Hegemann*, Ober-Med.-Rat; Oberärzte: I. Dr. *Wolfgang Günther*, Prov. Med.-Rat, Dr. *Carl Wegener*, Assistenzärzte: Dr. *Franz Welle*, Dr. *Ernst Jost*, Dr. *Josef Wrede*, Dr. *Steggemann*. 82 Pfleger, 29 Pflegerinnen, 68 Ordensschwestern. Gründungsjahr 1905. In Familienpflege 30 Kranke. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Der Anstalt ist ein Heil-Erziehungsheim für Psychopathen angegliedert, das von einem psychiatrisch vorgebildeten Arzt, z. Zt. Dr. *Heinrich Petermann*, ärztlich versorgt wird und in dem die Pflege von kath. Ordensbrüdern ausgeübt wird. Das Heim hat 50 Plätze.

Wassenberg (Rheinprovinz)

Frauensanatorium und Erholungsheim **Marienhaus** für Alkohol- und Nervenkranke.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 11, Zugänge 1927: 10, Abgänge 17. 30 Plätze. 3 Verpflegklassen. Oberin Sch. Remacla. Arzt: San.-Rat Dr. *A. Buren*, Wassenberg. 4 Schwestern. Offene Anstalt. Gegründet 1908.

Wehnen bei Bloh (Oldenburg)

Oldenburgische Heil- und Pflegeanstalt für Geistes- und Nervenkranke. Ebst. Bloh, Post Ofen.

65 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 146 m., 149 w., Zugänge im Vorjahr 99 m., 84 w., Abgänge 98 m., 80 w., darunter Todesfälle 15 m., 24 w. 450 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Obermed.-Rat Dr. *Kurt Mönch*, Dr. *Paul Bals*, Dr. *Helmut Golde*, Dr. *Harry Michelsohn*. 1 Oberpfleger, 36 Pfleger, 1 Oberpflegerin, 32 Pflegerinnen. 1858 eröffnet. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Weinheim a. d. Bergstraße (Baden)

Kreispfleganstalt. Ebst. Weinheim.

4 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 166 m., 141 w., Zugänge 1927: 41 m., 26 w., Abgänge 34 m., 25 w., darunter Todesfälle 15 m., 15 w. 307 Plätze. 1 Verpflegklasse. Wilhelm Wolf, Direktor, Anstaltsarzt Dr. *Emil Dunow*. 4 Pfleger, 4 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1886. Allgemeine öffentliche Pflegeanstalt für Altersschwache, Gebrechliche, Gelähmte, Idioten, Kretinen, Epileptiker, ruhige Geisteskranke u. dergl. Offene Anstalt.

Weinsberg, Neckarkeis (Württemberg)

Staatliche Heilanstalt für Geisteskranke. Ebst. Weinsberg.

85 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 329 m., 324 w., Zugänge im Vorjahr 109 m., 126 w., Abgänge 104 m., 119 w., darunter Todesfälle 23 m., 20 w. 620 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Obermed.-Rat Dr. *Gustav Weinland*, Med.-Rat Oberarzt Dr. *Hugo Sayler*, Oberarzt Dr. *Carl Eugen Joos*; Anstaltsarzt: Dr. *Heinrich Fehr*; Assistenzarzt: Dr. *Hans Wildermuth*. 64 Pfleger, 60 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1903. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Beratungsstelle für Psychisch- und Nervenkranke.

Weinfelden (Kanton Thurgau, Schweiz)

Privat-Erziehungsinstitut **Friedheim** für geistig und körperlich zurückgebliebene Kinder.

Bestand am 1. 1. 1928: 14 Knaben, 12 Mädchen, Zugänge 2 Kn., 1 M., Abgang 1 Kn., 2 M. 26 Plätze. Leiter und Besitzer E. Hotz, Hausarzt: Dr. *G. Schildknecht*. 2 Lehrerinnen, 1 Lehrer, 2 Pflegerinnen. Offene Anstalt. Gegründet 1892.

Weißenau, Donaukreis (Württemberg)

Heilanstalt für alle Formen von Geisteskrankheit.

400 Morgen. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 389 m., 366 w., Zugänge im Vorjahr 103 m., 97 w., Abgänge 85 m., 90 w., darunter Todesfälle 16 m., 17 w. 730 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Obermed.-Rat Dr. *Emil Krimmel*; Oberärzte: Dr. *Otto Gutekunst*, Dr. *Max Sorg*; Anstaltsärzte: Dr. *Hugo Götz*, Dr. *Wilhelm Weskott*. 121 Pflegepers. Grün-

dungsjahr 1892 (altes Prämonstratenserkloster). Geschlossene Anstalt mit 2 offenen landwirtschaftl. Kolonien. Familienpflege.

Weißenheim bei **Bern** (Schweiz)

Erziehungsanstalt für bildungsfähige schwachs. Mädchen. **Vereinseigentum.**

Am 1. 1. 1928: 35 Zöglinge. 35 Plätze. Vorsteher H. Würgler. Anstaltsarzt: Dr. *W. Kürsteiner*, 3 Wärterinnen, 3 Lehrkräfte. Eröffnet 1868.

Weißensee bei **Berlin** (Provinz Brandenburg)

St. Josefs Heilanstalt für männliche Nerven- und Gemütskranke.

15 ha. Gartenstraße 1—5. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 106 m., Zugänge im Vorjahr 329, Abgänge 324, darunter Todesfälle 27. 125 Plätze. 4 Verpflegklassen. Direktor San.-Rat Dr. *Rudolf Topp*; Anstaltsarzt: Dr. *Anton Weninger*. 30 Pfleger. Gründungsjahr 1891 (als Zweiganstalt der Alexianeranstalt in Neuß a. Rh. gegründet). Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Werneck, Kreis Unterfranken (Bayern)

Heil- und Pfleganstalt Werneck. Ebst. Waigolshausen.

93 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 331 m., 336 w., Zugänge im Vorjahr 80 m., 104 w., Abgänge 71 m., 98 w., darunter Todesfälle 15 m., 28 w. 700 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. *Josef Entres*; Oberarzt: Dr. *Alfred Röll*; Anst.-Ärzte: Dr. *Ludwig Friedrich*, Dr. *Kilian Hofmann*, Dr. *Ernst Ottmann*. 67 Pfleger, 22 Pflegerinnen, 41 Ordensschwestern. Gründungsjahr 1855. Kern der Anstalt das von Balthasar Neumann, dem Erbauer der Würzburger Residenz, im Auftrag des Fürstbischofs Friedrich v. Schönborn erbaute Schloß Werneck; berühmter Barock-Bau. Teilweise geschlossene Bauweise, überall offener Betrieb. Außenfürsorge. Beratungsstelle für Psychisch- und Nervenkranke.

Wien, Österreich

1. **Universitätsklinik** für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Wien, IX., Lazarettgasse 14. Die Klinik ist ein Teil des Allgemeinen Krankenhauses.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 127 m., 86 w., davon neurologische Kranke 36 m., 36 w., Zugänge im Vorjahr 3284 m., 2526 w., davon neurol. 305 m., 212 w., Abgänge 3157 m., 2450 w., davon neurol. 269 m., 176 w., darunter Todesfälle 93 m., 55 w., davon neurol. 5 m., 4 w. 265 Plätze, davon 72 neurologische. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Prof. Dr. *Otto Pötzl*; Klinische Assistenten: Dozent Dr. *Josef Gerstmann*, Dozent Dr. *Heinr. Herschmann*, Dozent Dr. *Heinrich Kogerer*, Dr. *Bernhard Dattner*,

Dr. *Otto Kauders*, Dr. *Max Weißmann*, Dr. *Heinz Hartmann*; Abteilungsassistent: Dr. *Hans Hoff*; Sekundärärzte: Dr. *Stern*; Dr. *Halpern*, Dr. *Friedmann*. 30 Pfleger (für 3 psychiatrische Abteilungen), 45 Schwestern (für 3 psychiatrische und 2 neurologische Abteilungen), inbegriffen Oberschwester und 2 Schwestern im Ambulatorium. Gründungsjahr 1875. Beratungsstelle im Ambulatorium der Klinik. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

2. Wiener Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Geistes- und Nervenkranke „Am Steinhof" in Wien, XIII/12.

820 000 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 1708 m., 1724 w., zusammen 3432, Zugänge im Jahre 1927: 2346 m., 1721 w., zusammen 4067, Abgänge im Jahre 1927: 2249 m., 1668 w., zusammen 3917, darunter Todesfälle 363 m., 337 w., zusammen 700. 3300 Plätze. 1 Verpflegklasse. Ärzte: Direktor *Alfred Mauczka*, U. M. Dr. Landessanitätsrat; Direktionssekretär: unbesetzt. Heilanstalt für Frauen: *Leopold Pawlicki*, U. M. Dr. Primararzt, Abteilungsvorstand; U. M. Dr. *Oskar Sterns*, Primararzt, U. M. Dr. *Hermann Autengruber*, Primararzt, U. M. Dr. *Josef Klügler*, Anstaltsarzt, U. M. Dr. *Franz Bruha*, Anstaltsarzt, U. M. Dr. *Leo Lewitin*, Anstaltsarzt. Heilanstalt für Männer: *August Sammern-Frankenegg*, U. M. Dr. Primararzt, Abteilungsvorstand, U. M. Dr. *Fridolin Jörg*, Primararzt, U. M. Dr. *Alfons Huber*, Primararzt, U. M. Dr. *Edmund Segall*, Anstaltsarzt, U. M. Dr. *Karl Friedmann*, Anstaltsarzt, U. M. Dr. *Paul Adler*, Anstaltsarzt, U. M. Dr. *Ernst Teller*, Anstaltsarzt. Pflegeanstalt für Frauen: *Konrad Bayer*, U. M. Dr. Primararzt, Abteilungsvorstand; U. M. Dr. *Ferdinand Bauer*, Primararzt, U. M. Dr. *Maria Burian*, Anstaltsärztin, U. M. Dr. *Edmund Seyk*, Anstaltsarzt. Pflegeanstalt für Männer: *Franz Pattis*, U. M. Dr. Primararzt, Abteilungsvorstand; U. M. Dr. Ph. Dr. *Friedrich Schulhof*, Primararzt, U. M. Dr. *Margit Herz*, Anstaltsärztin. Trinkerheilstätte: *Rudolf Wlassak*, U. M. Dr. Primararzt, Abteilungsvorstand; U. M. Dr. *Josef Scherz*, Anstaltsarzt. Zahnärztliches Ambulatorium: *Leopold Olesker*, U. M. Dr. Schulzahnarzt. Röntgeninstitut: *Friedrich Kraft*, U. M. Dr. Facharzt. Prosektur: *Ernst Löffler*, U. M. Dr. Primararzt, Prosektor. 273 Pfleger, 265 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1907. Außenfürsorge, Beratungsstelle für Nerven- und Gemütskranke (beim Magistrat Wien, städtisches Gesundheitsamt). Geschlossene Anstalt mit einer offenen Abteilung: Trinkerheilstätte.

3. Neurologisches Institut der Wiener Universität (Österreichisches Centralinstitut für Hirnforschung) Wien IX, Schwarzspanierstraße 17.

Vorstand des Institutes: Prof. Dr. *Otto Marburg*, ordentlicher Assistent: Prof. Dr. *Alexander Spitzer*, außerordentliche Assistenten: Dozent Dr. *Eugen Pollak*, Dozent Dr. *E. A. Spiegel*, Dr. *Philipp Rezek*.

Das Institut wurde von *H. Obersteiner* im Jahre 1882 gegründet (der jeweilige Vorstand ist Mitglied des Professorenkollegiums der Medizinischen Fakultät). Es hat die Aufgae, die Anatomie sowohl die normale als die vergleichende, die pathologische Anatomie, ferner die Physiologie des Zentralnervensystems zu studieren. Das neurologische Institut ist als Lehr-

und als Forschungsinstitut gedacht, unterrichtet demzufolge Anfänger, sowie Vorgeschrittene in Vorlesungen und Laboratoriumsarbeit. Auch pflegen Forscher hier selbständig zu arbeiten, da ihnen eine Spezialbibliothek von zirka 65 000 Nummern zur Verfügung steht. Ein Großteil der Arbeiten erscheint in den „Arbeiten aus dem Wiener Neurologischen Institut", von denen bereits 30 Bände erschienen sind.

4. **Privat**-Heilanstalt für Nerven-, Gemüts- und Geisteskranke in **Inzersdorf** bei Wien. Ebst. Inzersdorf.

2,9 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 21 m., 37 w., Zugänge im Vorjahr 50 m., 71 w., Abgänge 47 m., 67 w., darunter Todesfälle 7 m., 3 w. 60 Plätze. 1 Verpflegklasse. Direktor und Mitbesitzer: Dr. *Edgar Fries*, Primararzt Dr. *Alfred Kohn* und Dr. *Carl Noe-Nordberg*. Gegründet 1872 in der früher fürstlich Lebkowitzschen Sommerwohnung. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

5. Nathaniel Freiherr von Rothschildsche **Stiftung** für Nervenkranke, Heilanstalt **Maria Theresien-Schlössel**, Wien XIX, Hofzeile 20.

10 500 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 34 m., 46 w., Zugänge im Vorjahr 381 m., 489 w., Abgänge 376 m., 469 w., darunter Todesfälle 4 m., 9 w. 115 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Prof. Dr. *Emil Redlich*, Direktor; Ass. Dr. *Josef Wilder*; Sekundarärzte: Dr. *Isidor Silbermann*, Dr. *Gustav Steiner*, Dr. *Therese Bettelheim*. 18 Schwestern. Gründungsjahr 1914. Offene Anstalt, ausschließlich Nervenkranke.

6. Heilpädagogische Anstalt Wien-**Grinzing**, Langackergasse 12.

3,5 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 30 m., 10 w., Zugänge im Vorjahr 4 m., 2 w., Abgänge 3 m., 1 w. 40 Plätze. Direktor: Dr. phil. Theodor Heller; Hausarzt: Dr. *Julius Rieger*. 6 Pflegepersonen. Gegründet 1895 vom derzeitigen Direktor. (Erste Anstalt für jugendliche Psychopathen in Österreich.) Offene Anstalt. Beratungsstelle für schwere Erziehungsfälle.

Wiesbaden, Prov. Hessen-Nassau

Sanatorium **Nerotal** für (innere und) Nervenkranke.

2 Morgen. 48 Plätze. 1 Verpflegklasse. Ärzte: Dr. med. *E. W. Piking*, 1 Assistenzarzt. Gründungsjahr 1860. Offene Anstalt.

Wiesloch bei Heidelberg, Baden

Badische **staatliche** Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke. Ebst. Wiesloch-Stadt.

98 ha., dazu ein Pachtgut von ca. 60 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 634 m., 622 w., Zugänge im Vorjahr 488 m., 358 w., Abgänge 466 m., 366 w., darunter Todesfälle 24 m., 52 w. Normale Belegziffer 1041. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. *Adolf Groß*; stellvertr Direktor:

Med.-Rat Dr. *Johannes Klewe-Nebenius*; Med.-Rat Dr. *Walter Fuchs*, Oberarzt und II. Stellvertreter d. Dir.; Oberärzte: Med.-Rat Dr. *Wilhelm Möckel*, Med.-Rat Dr. *Paul Walther*, Med.-Rat Dr. *Ernst Herzog*, Fürsorgearzt; Anstaltsärzte: Med.-Rat Dr. *Hans Braun*, Med.-Rat Dr. *Hans Schürlein*; Assistenzärzte: Dr. *Rudolf Fuchs*, Dr. *Franz Fischer*, Dr. *Vera Lemke*; Prosektor: Dr. *Benoit*. 161 Pfleger, 151 Pflegerinnen, 4 Pflegeinspektoren, 3 Oberinnen. Gründungsjahr 1905. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Die Anstalt besteht aus 69 größeren und kleineren Gebäuden, sie besitzt ein gesichertes Haus und eine Prosektur mit path.-anatomischen Laboratorien unter Leitung eines spezialistisch ausgebildeten Anstaltsarztes. Fürsorgestelle für Nerven- und Gemütskranke in Mannheim durch einen Fürsorgearzt und 2 Fürsorgeschwestern; z. Zt. 878 Außenpfleglinge, Außenfürsorge in den Städten Pforzheim, Weinheim, Schwetzingen und in den Amtsbezirken Wiesloch und Sinsheim geschieht durch den Fürsorgearzt und 1 Fürsorgepfleger, z. Zt. 186 Außenpfleglinge. Beratungsstelle für Nerven- und Gemütskranke seit 1919.

Wil, Kanton St. Gallen (Schweiz)

Kantonales Asyl für alle Formen von Geisteskrankheiten sowie chron. körperlich Kranke und Altersschwache. Ebst. Wil.

172 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 407 m., 485 w., Zugänge im Vorjahr 193 m., 224 w., Abgänge im Vorjahr 199 m., 184 w., darunter Todesfälle 60 m., 60 w. 895 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Dr. *H. Schiller*; I. Sekundararzt Dr. *Aug. Müller*; II. Sekundararzt Dr. *Ed. Näf* und 2 Assistenzärzte. 47 Pfleger, 72 Pflegerinnen. Eröffnet 1892. Besondere Ausbildung der Arbeitstherapie für alle Arbeitsfähigen. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Winnental bei **Winnenden,** Württemberg

Staatliche Heilanstalt für Geisteskranke. Ebst. Winnenden.

22 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 296 m., 295 w., Zugänge im Vorjahr 57 m., 78 w., Abgänge 59 m., 66 w., darunter Todesfälle 14 m., 14 w. 600 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Ober-Med.-Rat Dr. *Rudolf Camerer*; Oberärzte: Med.-Rat Dr. *Theodor Buder*, Dr. *Ernst Wittermann*, Dr. *Ernst Werner*; Assistenzärztin: Dr. *Hella Blankertz*. 61 Pfleger und 59 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1834. Früher Ordenshaus der Komturei Winnenden des Deutschherren-Ordens, später herzogliches Schloß, Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Familienpflege. Beratungsstelle für psychisch und Nervenkranke.

Woltorf b. **Peine,** Braunschweig

Privat-Kuranstalt für Nerven- und Gemütskranke. Ebst. Woltorf.

20 Morgen, hiervon 15 Park. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 17 m., 11 w., Zugänge im Vorjahr 82 m., 28 w., Abgänge 72 m., 28 w., darunter Todesfälle 2 m., 4 w. 40 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Leit.

Arzt Dr. med. *Paul Kruse*; Hausarzt: Dr. med. *Helmut Winter*. 1 Oberin, 2 Pfleger, 6 Schwestern. Gründungsjahr 1897. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Wormditt, Prov. Ostpreußen

Heilstätte **St. Andreasberg** für Epileptische, Schwachsinnige und ruhige Geisteskranke. Selbständige Stiftung.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 198 m., 185 w., Zugänge im Vorjahr 50 m., 45 w., Abgänge 20 m., 40 w., darunter Todesfälle 8 m., 11 w. 450 Plätze. 2 Verpflegklassen. Anstaltsleiter Erzpriester Hohmann; Anstaltsarzt: San.-Rat Dr. *Rudolf Ganter*. 9 Pfleger, 25 Schwestern. Gründungsjahr 1902. (Siehe Psych. neurol. Wochenschrift 1928 Nr. 4.) Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Würzburg, Unterfranken, Bayern

Psychiatrische und Nervenklinik der **Universität.**

3 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 29 m., 39 w., Zugänge im Jahre 1927: 864 m., 219 w., Abgänge 835 m., 180 w., darunter Todesfälle 12 m., 6 w. 60 Plätze (wesentliche Erweiterungsbauten bevorstehend). 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Univ.-Prof. Dr. *Martin Reichardt*, Oberarzt Dr. *Otto Kroiss*, Dr. *Ernst Grünthal*, Dr. *Werner Heyde*, Dr. *Hans Dielmann*, Dr. *Hans Scheele*, einige Volontärärzte. 4 Pfleger, 17 Schwestern. Gründungsjahr 1893. Früher bestand eine psychiatrische Abteilung Juliusspital. Näheres bei Rieger: V. Bericht aus der Klinik, Leipzig, Kabitzsch 1916. Poliklinik. Geschlossene Anstalt mit offener Abteilung.

Wunstorf, Prov. Hannover

Provinzial-Pflegeanstalt, Abteilung für chron. geisteskranke Männer und Behandlungsmöglichkeit für entmündigte Trunksüchtige (beiderlei Geschlechts). Ebst. Wunstorf.

76 ha. Zahl der geisteskranken Männer am 1. 1. 1928: 164, Zugänge im Vorjahr 30, Abgänge 8, darunter Todesfälle 3; Zahl der entmündigten Alkoholkranken am 1. 1. 1928: 44 Männer, Zugang im Vorjahr 46, Abgänge 54, 4 Frauen, Zugang 2, Abgang 5 Frauen. 160 Plätze für geisteskranke Männer, 1 Verpflegklasse. Z. Zt. 80 Plätze für Alkoholkranke. Ärzte: Direktor Ober-Med.-Rat Dr. *Werner Gerstenberg*; 1. Oberarzt: Med.-Rat Dr. *Walter Frensdorf*; Oberarzt: Dr. *Friedrich Stapel*. Gründungsjahr 1880, seit 1896 Abt. f. Geisteskranke. Außenfürsorge. Geschlossene Anstalt. Neben den Pflegeabteilungen für chronisch geisteskranke Männer (160 Plätze), bestehen allgemeine Pflegeabteilungen für Frauen (160 Plätze) und Männer (280 Plätze), darunter die oben angegebenen Plätze für entmündigte Alkoholkranke.

Ybbs a. d. Donau, Niederösterreich

Heil- und Pfleganstalt des **Landes** Wien für Geisteskranke und Geistessieche. Ebst. Ybbs-Kemmelbach.

138 173 qm. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 641 m., 834 w., Zugänge im Vorjahr 111 m., 198 w., Abgänge 110 m., 143 w., darunter Todesfälle 48 m., 67 w. 1500 Plätze. 1 Verpflegklasse. Ärzte: Direktor Dr. *Franz Sickinger*, Dr. *Oskar Kaltenbrunner*, Primararzt und Abt.-Vorstand; Dr. *Max Belf*, Dr. *Gustav Plenk*, Dr. *Ernst Fischer*, Primarärzte; Dr. *Wichard Kryspin-Exner*, Abt. Arzt. 92 Pfleger, 98 Schwestern. Erbaut 1723, 1778 zu einem Versorgungshaus der Stadt Wien adaptiert, 1817 ein Teil davon mit Geisteskranken belegt. Seit 1858 niederösterreichische Landesirrenanstalt. 1922 in den Besitz des Landes Wien übergegangen. Geschlossene Anstalt. Familienpflege.

Zepernick, Brandenburg

Privat-Irrenanstalt von Dr. Schauss.

Zihlschlacht, Kanton Thurgau (Schweiz)

Staatlich konzessionierte **Privat**-Nervenheilanstalt **„Friedheim"** für Nerven- und Gemütskranke und Entziehungskuren (Alkohol, Morphium, Kokain). Ebst. Amriswil b. Romanshorn.

5 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1927: 39 m., 25 w., Zugänge im Vorjahr 66 m., 49 w., Abgänge 80 m., 38 w. 70 Plätze. 1 Verpflegklasse. Ärzte: Chefarzt und Besitzer: Dr. *F. Krayenbühl*; Hausärzte: Dr. *A. Wannier*, Dr. *Erismann.* 7 Pfleger, 8—9 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1891. Familienpflege. Geschlossene Anstalt mit offner Abteilung.

Zschadraß bei **Colditz,** Sachsen

Landes-Heil- und Pfleganstalt für Geisteskranke. Ebst. Colditz.

115 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 501 m., 544 w., Zugänge im Vorjahr 121 m., 134 w., Abgänge 113 m., 121 w., darunter Todesfälle 37 m., 38 w. 950 Plätze. 2 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Geh. Med.-Rat Dr. *Hermann Brackmann*; stellvertretender Direktor Reg.-Med.-Rat Dr. *Thilo Volkmann*; Reg.-Med.-Räte: Dr. *Emil Eichler*, Dr. *Friedrich Schäfer*, Dr. *Martin Butter*, Dr. *Werner Seyferth*, Dr. *Heinz Leichsenring*; Hilfsarzt: Dr. *Rudolf Klaubert.* 92 Pfleger, 53 Schwestern (daneben 36 Wärterinnen). 1868 als koloniale Außenabteilung der Landespfleganstalt Colditz gegründet und am 1. Juli 1894 als selbständige Heil- und Pfleganstalt eröffnet. Familienpflege. Geschlossene Anstalt.

Zürich, Schweiz

Kantonale Heilanstalt **Burghölzli,** zugleich psychiatrische Klinik der **Universität** Zürich.

Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 216 m., 158 w., Zugänge im Vorjahre 496 m., 240 w., Abgänge 508 m., 265 w., darunter Todesfälle 37 m.,

21 w. 400 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Prof. Dr. *Hans W. Maier*; Oberärzte: Privatdozent Dr. *John Staehelin*, Dr. *Hans Bänziger*; Ass.-Ärzte: Dr. *Hans Binder*, Dr. *Hermann Brenk*, Dr. *Paul Hoch*, Dr. *Jakob Lutz*, Dr. *Irene Moszkowicz*, Dr. *Arnold Weber*, dazu 4 Volontärärzte. 58 Pfleger, 67 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1870. 1866—70 gebaut unter Beratung von Griesinger, I. Direktor Huguenin, dann Gudden, Hitzig, August Forel, Bleuler. Psychiatrische Universitätspoliklinik in eigenem Gebäude Zürich I, Untere Zäune 2, ca. 1500 Patienten jährlich. Leitender Arzt: Privatdozent Dr. *Staehelin*, 2 Ass.-Ärzte, 1 Vol.-Arzt. Kant. Irreninspektorat mit staatlicher Familienpflege überwacht jetzt ca. 330 Kranke, Leit. Arzt: Dr. *Hans Bänziger*. Kinderhaus Stephansburg, Zürich 8, Kartausstr. Leitender Arzt: Dr. *Arthur Grossmann*. Station zur Beobachtung und Behandlung psychopathischer Kinder bis zum 15. Jahr, 22 Betten, ca. 80 Aufnahmen.

Zwiefalten, Donaukreis, Württemberg

Württembergische Staats-Irrenanstalt. Ebst. Zwiefaltendorf.

39 ha. Zahl der Kranken am 1. 1. 1928: 312 m., 260 w., Zugänge im Vorjahr 44 m., 43 w., Abgänge 47 m., 39 w., darunter Todesfälle 16 m., 12 w. 576 Plätze. 3 Verpflegklassen. Ärzte: Direktor Ober-Med.-Rat Dr. *J. Daiber*; Oberärzte: Med.-Rat Dr. *R. Hoffmann*, Dr. *J. Mögelin*; Ass.-Arzt: Dr. *J. Jutz*. 45 Pfleger, 41 Pflegerinnen. Gründungsjahr 1812 (frühere reichsunmittelbare Benediktinerabtei). Geschlossene Anstalt. Außenfürsorge. Poliklinik.

B. Verzeichnis der Anstalten nach Ländern und Provinzen

Preußen

Stadt **Berlin** (4 024 165 Einwohner)

Universitätsklinik an der Charité. Neurobiologisches Institut (Kaiser Wilhelm-Stiftung). 4 Städtische Anstalten Buch, Herzberge, Wuhlgarten (Epil.), Wittenauer Heilstätten mit Nervenheilanstalt Wiesengrund und Abstinenzsanatorium.

Provinz **Brandenburg** (2 592 419 Einwohner)

9 Provinzialanstalten in Eberswalde, Görden, Landsberg, Lübben, Neuruppin, Sorau, Teupitz, Potsdam, Wittstock (Sieche). 15 Privatanstalten Bernau (2), Fr.-Buchholz (1), Charlottenburg (2), Joachimstal, Berlin-Lichterfelde, Berlin-Lankwitz, Neubabelsberg, Tegel, Weißensee, Freienwalde, Zepernick, f. Schwachs. u. Epil.: Guben, Ketschendorf. 1 Anstalt für Alkoholkranke in Fürstenwalde. 2 Anstalten für Heilerziehung in Buschgarten bei Fürstenwalde und Neubabelsberg.

Provinz **Pommern** (1 915 086 Einwohner)

Universitätsklinik Greifswald. 4 Provinzialanstalten zu Lauenburg, Stralsund, Treptow a. R., Ückermünde. 4 Privatanstalten Bergquell, Kolberg, Stettin-Eckerberg, Stettin-Kückenmühle.

Provinz **Ostpreußen** (2 258 324 Einwohner)

Universitätsklinik in Königsberg. 4 Provinzialanstalten Allenberg, Kortau, Rastenburg, Tapiau; dazu 1929: Riesenburg. 2 Privatanstalten Rastenburg (Carlshof f. Schwachs.), Wormditt (Epil. u. Schwachs.) 1 Anstalt für Alkoholkranke in Stenken.

Provinz **Grenzmark,** Posen-Westpreußen (332 485 Einwohner)

1 Landes-Heil- und Pflegeanstalt Obrawalde.

Provinz **Niederschlesien** (3 132 328 Einwohner)

Universitätsklinik zu Breslau. Irrenabteilung an der Strafanstalt Breslau. 6 Provinzialanstalten Brieg, Bunzlau, Freiburg, Leubus, Lüben, Plagwitz. 3 städtische Anstalten Breslau, Herrnprotsch, Görlitz. 10 Privatanstalten in Görlitz, Laubnitz, Löwenberg, Ober-

nigk (2), Scheibe, Wahren, f. Schwachs.: Kraschnitz, Schreiberhau, Oels (Epil.). Trinkerheilstätten in Jauer und Leipe.

Provinz **Oberschlesien** (1 379 278 Einwohner)

3 Provinzialanstalten in Kreuzburg, Leschnitz, Tost. 6 Privatanstalten in Beuthen, Branitz, Kreuzburg, Carlsruhe (Schwachs.), Katscher. Sanatorium der Reichsversicherung Greiffenberg.

Provinz **Sachsen** (3 277 476 Einwohner)

Universitätsklinik Halle. 5 Provinzialanstalten Alt-Scherbitz, Nietleben, Pfafferode, Uchtspringe, Jerichow, dazu 1929 Neuhaldensleben. 8 Privatanstalten Ershausen, Hasserode, Bad Kösen, Magdeburg, Naumburg a. S. (Alkoholkr.), Neinstedt (Schwachs., Epil.), Nordhausen (Jugendsanat.), Treffurt. 1 Nervenheilanstalt d. Knappschafts-Berufsgenossenschaft Schkeuditz. 1 Anstalt für Alkoholkranke Uchtspringe-Wilhelmshof.

Provinz **Schleswig-Holstein** (1 534 640 Einwohner)

Universitätsklinik zu Kiel. 3 Provinzialanstalten in Neustadt, Schleswig (1 f. Gkr., 1 f. Jugendl.). 1 Kreisanstalt zu Pinneberg. 2 städtische Anstalten in Altona. 5 Privatanstalten in Friedrichsfeld, Kropp, Malente-Gremsmühlen, Preetz, Ülsby, außerdem 6 Privatpflegeanstalten in und um Schleswig, die von Ärzten der dortigen Prov.-Anstalt geleitet werden. 1 Anstalt für Alkoholkranke in Rickling.

Provinz **Hannover** (3 190 619 Einwohner)

6 Provinzialanstalten Göttingen (zugleich Klinik), Hildesheim, Lüneburg, Osnabrück, Langenhagen, Wunstorf (G. Schw.). 8 Privatanstalten Goslar, Hedemünden, Ilten, Liebenburg, Rotenburg (Epil. u. Gschw.), Neusandhorst (3). 2 Anstalten für Alkoholkranke Gifhorn, Himmelstür. 2 offene Anstalten in Rasemühle (Provinzialsanat.), Hedemünden.

Provinz **Hessen-Nassau** (2 396 871 Einwohner)

Hier liegt die Fürsorge für das Irrenwesen nicht der Provinz, sondern den Regierungsbezirken ob. I. Reg.-Bez. Kassel: 1 Universitätsklinik zu Marburg. 1 neurologisches Institut der Universität Frankfurt a. M. 3 Landesanstalten Marburg, Haina, Merxhausen. 5 Privatanstalten Aue, Fulda, Niederzwehren, Rinteln, Treysa. II. Reg.-Bez. Wiesbaden: 3 Landesanstalten Eichberg, Hadamar, Herborn. 2 städtische Anstalten Frankfurt a. M. und Köppern i. T. 11 Privatanstalten Cassel, Hohe Mark, Katzenelnbogen f. Schwachs. u. Epil., Aulhausen, Idstein, Kiedrich, Montabaur (2), Scheuern, Sanatorien Hofheim und Wiesbaden.

Provinz **Westfalen** (4 819 061 Einwohner)

Universitätsklinik Münster. 8 Provinzialanstalten Aplerbeck, Gütersloh, Lengerich, Marsberg (1 f. Gkr. 1 f. Schwachs.), Münster, Warstein, Eickelborn. 6 Privatanstalten Amelsbüren, Drolshagen,

Bethel, Dorsten (Epil.), Volmerdingsen (Schwachs.), Telgte. Anstalten für Alkoholkranke in Bethel, Dinker, Herford, Maria-Veen.

Rheinprovinz (7 240 000 Einwohner)

Universitätsklinik zu Bonn. 9 Provinzialanstalten Andernach, Bedburg-Hau, Bonn (1 f. G., 1 f. Kinder), Düren, Düsseldorf-Grafenberg, Galkhausen, Merzig, Süchteln. 1 Irrenabt. an der Prov.-Arbeitsanstalt Brauweiler. 1 Kreispflegeanstalt in Eschweiler. 3 städtische Anstalten in Aachen, Köln (zugleich Klinik), Essen. Privatanstalten Aachen, Ahrweiler, Bonn (4), Elberfeld, Euskirchen, Ebernach, Ensen, Endenich, Eupen, Kaiserswerth, Krefeld (2), Lüttringhausen, München-Gladbach (2, 1 f. Schwachs.), Neuß (2), Klosterhoven, Rhens, Sayn, Trier, Waldbreitbach (3, 1 f. Gschw.), Waldbröl, für Geistesschwache: Capellen, Essen (3, 1 f. Schwachs.), Hofrechtenbach, Waldniel, Gangelt, Hardt, Immerath, Kerpen, Kreuznach, Linz, Kühr-Niederfell, Morsbach, Schönecken, Unterrath (Epil.), Waldruhe. 7 Anstalten für Alkoholkranke in Bonn, Heidhausen, Leutesdorf, Lintorf (2), Mündt, Wassenberg. 1 heilpädagogische Anstalt in Bonn (Provinzial). Sanat. Ruppichteroth. 2 Nervenheilstätten: Knappschaftskrankenhaus Essen, Roderbirken (Landesversicherungsanstalt).

Hohenzollern (71 840 Einwohner)

1 Landesanstalt in Sigmaringen (dem Landeskrankenhause angegliedert).

Bayern (7 379 594 Einwohner)

3 Universitätskliniken zu München, Würzburg, Erlangen. Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie in München. Heckscher Nervenheil- u. Forschungsanstalt u. Hirnverletztenheim in München. Kreisanstalten Eglfing, Gabersee, Haar (Oberbayern), Mainkofen, Deggendorf (Niederbayern), Kaufbeuren, Günzburg (Schwaben), Regensburg (Oberpfalz), Bayreuth, Kutzenberg (Oberfranken), Erlangen, Ansbach (Mittelfranken), Lohr, Werneck (Unterfranken), Frankenthal, Klingenmünster (Pfalz). 3 städtische Anstalten Augsburg, Bamberg, Nürnberg. 1 Irrenabt. an der Gefangenenanstalt St. Georgen Bayreuth. 24 Privatanstalten: Adlerhütte (Jugendl.), Bayreuth, Obersendling, München (3 Kuranstalten), Schweinspoint, Herxheim. Für Epil. u. Schwachs.: Attl, Burkunstadt, Deybach, Ecksberg, Gremsdorf, Reichenbach, Schönbrunn; für Schwachs. Absberg, Gemünden, Holzhausen, Neuötting. Sanatorien: Bad Gleisweiler, Heilbrunn, Lindau, Streitberg, Traunstein. 2 Heilstätten für Alkoholkranke in Egmating und Hutschdorf.

Sachsen (4 992 320 Einwohner)

Universitätsklinik in Leipzig. 11 Landesanstalten Arnsdorf, Leipzig-Dösen, Großschweidnitz, Hubertusburg, Sonnenstein, Untergöltzsch, Zschadraß, Chemnitz (bildungsfähige Schwachs. und Blinde), Hochweitzschen (Epileptiker), Großhennersdorf (f. bildungsunfähige Schwachs.), Waldheim (f. Kriminelle). 3 städtische Anstalten in Chemnitz, Dresden, Plauen. 5 Privatanstalten in Erdmannshain,

Hartheck-Gaschwitz, Dresden, Klein-Wachau (Epil.), Moritzburg (Heilerziehung). 2 Heilstätten für Alkoholkranke Borsdorf, Seefrieden.

Württemberg (2 580 000 Einwohner)

1 Universitätsklinik in Tübingen. 5 Landesanstalten Schussenried, Weinsberg, Weißenau, Winnental, Zwiefalten. 1 Irrenabt. f. Strafgefangene auf Hohenasperg. 4 Landesfürsorgeanstalten Markgröningen, Rabenhof, Riedhof, Reutlingen. Privatanstalten Göppingen, Kennenburg, Ludwigsburg, Grunbach, Rottenmünster; Wohltätigskeitsanstalten für Schwachs. u. Epil.: Heudorf, Ingerkingen, Schwäb. Hall, Heggbach, Liebenau, Mariaberg, Pfingstweide, Rommelshausen, Stetten. Sanatorien für Nervenkranke Freudenstadt, Hochberg in Urach, Hirsau, Hornegg. 1 Heilstätte für Alkoholkranke in Ravensburg (Zieglerstift Haslachmühle).

Baden (2 312 000 Einwohner)

2 Universitätskliniken zu Freiburg und Heidelberg. 4 Landesanstalten Emmendingen, Illenau, Konstanz, Wiesloch. 1 Irrenabt. am Gefängnis zu Bruchsal. 1 Abt. f. Geisteskranke der städtischen Krankenanstalt Ludwigshafen. Kreispflegeanstalten Geisingen, Jestetten, Freiburg, Mosbach, Wiechs, Fußbach, Hub, Weinheim, Sinsheim. (In A nur die letzten vier aufgeführt.) Privatanstalten f. Schwachs. u. Epil. Herten, Kork, Mosbach; Sanatorien: Lindau, Baden-Baden, Eberbach (auch Entziehungskuren). 1 Heilstätte für Alkoholkranke Renchen.

Hessen (1 347 000 Einwohner)

Universitätsklinik Gießen. 5 Landesanstalten zu Alzey, Goddelau, Heppenheim, Darmstadt, Gießen, (Heilstätte für Nervenkranke). 3 Provinzialanstalten Eberstadt (Starkenburg), Gießen (Oberhessen), Heidesheim (Rheinhessen). 2 psychiatr. Abt. der städtischen Krankenanstalt Darmstadt, Mainz. Privatanstalten Nieder-Ramstadt (Epil.), 2 offene Sanatorien Alsbach, Lindenfels. 1 Heilstätte für Alkoholkranke Eberstadt.

Mecklenburg-Schwerin (674 000 Einwohner)

3 Landesanstalten Rostock-Gehlsheim (zugleich Univ.-Klinik), Schwerin-Sachsenberg, Schwerin-Lewenberg. 1 städtische Anstalt zu Rostock. Privatanstalten zu Rostock, Schwerin, Neustadt-Clewe, Kleinen.

Mecklenburg-Strelitz (110 000 Einwohner)

1 Landesanstalt Domjüch.

Oldenburg (545 000 Einwohner)

3 Landesanstalten in Wehnen, Blankenburg, Oldenburg. 3 Privatanstalten Holzkamp, Cloppenburg, Bad Zwischenahn.

Thüringen (1 609 000 Einwohner)

Universitätsklinik in Jena. 4 Landesanstalten Blankenhain, Hildburghausen, Stadtroda, Pfafferode. 4 Privatanstalten Blankenburg, Blankenhain, Jena, Nöbdenitz. 1 Kreiskrankenhaus u. Sanatorium in Gera. 2 Heilerziehungsanstalten in Jena. 1 Anstalt für Alkoholkranke in Sulza. 3 offene Anstalten zu Blankenburg, Friedrichroda, Liebenstein.

Anhalt (351 000 Einwohner)

2 Landesanstalten Bernburg, Hoym. 1 Erholungsheim in Bernburg angegliedert. 2 offene Sanatorien in Ballenstedt, Gernrode.

Braunschweig (501 000 Einwohner)

1 Landesanstalt Königslutter. 1 städtische Anstalt Braunschweig. 3 Privatanstalten Gandersheim, Woltorf, Neuerkerode (Epil. u. Schwachs.). 2 offene Sanatorien in Blankenburg a. H.

Lippe (163 000 Einwohner)

1 Landesanstalt Lindenhaus bei Brake. 3 Privatanstalten Lemgo (Schwachs. u. Epil.), Grotenburg, Detmold.

Freie Stadt Hamburg (1 152 000 Einwohner)

2 staatliche Anstalten Hamburg-Friedrichsberg (zugleich Universitätsklinik), Langenhorn und 1 psychiatrische Beobachtungsabteilung im Hafenkrankenhaus. 2 Privatanstalten Eichenhain, Alsterdorf (Ep. u. Schwachs.).

Freie Stadt Bremen (338 000 Einwohner)

1 staatliche Anstalt St. Jürgenasyl Bremen. 1 Beobachtungsstation der städt. Krankenanstalt. 2 Privatanstalten Rockwinkel, Bremen-Horn.

Freie Stadt Lübeck (127 000 Einwohner)

1 staatliche Anstalt Lübeck-Strecknitz. 1 Privatanstalt Vorwerk, Erziehungsanstalt.

Freie Stadt Danzig (384 000 Einwohner)

Staatliche Fürsorgeanstalt Silberhammer. Psychiatrische Abt. des städt. Krankenhauses.

Österreich (6 534 481 Einwohner)

Land Wien (1 865 780 Einwohner).

1 Universitätsklinik in Wien. Neurologisches Institut der Wiener Universität. 2 Landesanstalten Am Steinhof-Wien, Ybbs. 3 Privatanstalten Inzersdorf, Grinzing, Maria-Theresien-Schlössel.

Niederösterreich (1 480 449 Einwohner)

3 Landesanstalten Gugging, Mauer-Öhling, Oberhollabrunn. 3 Privatanstalten Rekawinkel, Biedermannsdorf; Tulln (nicht aufgeführt).

Oberösterreich (876 000 Einwohner)

2 Landesanstalten Niedernhart, Gschwendt. 2 Privatanstalten Gallneukirchen, Hartheim.

Salzburg (223 000 Einwohner)

1 Landesanstalt in Salzburg: Maxglan. Privatanstalt Schwarzach.

Steiermark (978 000 Einwohner)

1 Universitätsklinik in Graz. 1 Landesanstalt Feldhof-Graz (und Schwanberg (?) keine Nachricht). 2 Privatanstalten Laßnitzhöhe, Bruck.

Kärnten (371 000 Einwohner)

1 Landesanstalt zu Klagenfurt. 1 Privatanstalt St. Martin.

Tirol (314 000 Einwohner)

1 Universitätsklinik in Innsbruck. 1 Landesanstalt Hall.

Vorarlberg (140 000 Einwohner)

1 Landesanstalt Valduna.

Burgenland (285 000 Einwohner)

Keine eigene Anstalt.

Tschechoslowakei

(Nur Anstalten aufgeführt, die schon früher im Lähr standen und den Fragebogen beantwortet haben.)

Ober-Berkowitz (Böhmen), Brünn, Sternberg (Mähren), Ljubljana [früher Laibach] (Krain).

Polen (früher Galizien)

Kobierzyn, Krakow.

Schweiz (3 880 300 Einwohner)

Kanton **Zürich** (538 600 Einwohner)

2 kantonale Anstalten Rheinau, Zürich-Burghölzli. 12 Privatanstalten Hinteregg, Hombrechtikon, Kilchberg, Meilen, Oberstammheim, Ötwil, Uster, Erlenbach, Goldbach, Pfäffikon, Regensberg, Steg. 1 Anstalt für Alkoholkranke Ellikon. 1 Sanatorium Küsnacht.

Kanton **Bern** (674 400 Einwohner)

3 kantonale Anstalten Bellelay, Waldau, Münsingen. Städt. Irrenstation Bern-Holligen. 6 Privatanstalten Bienne, Meiringen, Münchenbuchsee, Spiez, Tschugg (Epil.), Weißenheim (Schwachs.). 2 Anstalten für Alkoholkranke Kirchlindach, Herzogenbuchsee (Weißhölzli).

Kanton **Luzern** (177 100 Einwohner)

2 kantonale Anstalten St. Urban, Hohenrain (Schwachs.).

Kanton **Obwalden** (17 560 Einwohner)

1 Anstalt für Alkoholkranke Sarnen.

Kanton **Zug** (31 570 Einwohner)

1 Privatanstalt in Zug: Oberwil.

Kanton **Freiburg** (143 000 Einwohner)

1 kantonale Anstalt Marsens.

Kanton **Solothurn** (130 600 Einwohner)

1 kantonale Anstalt Rosegg mit Pflegeheim Fridau. 1 Privatanstalt (Schwachs.) Kriegstetten.

Kanton **Basel-Stadt** (140 700 Einwohner)

1 kantonale Anstalt Basel-Friedmatt (zugleich Universitätsklinik). 2 Privatanstalten Riehen. 1 Anstalt für Alkoholkranke Chrischona.

Kanton **Basel-Land** (83 400 Einwohner)

1 psychiatr. Abt. des Kantonspitals Liestal.

Kanton **Schaffhausen** (50 400 Einwohner)

1 kantonale Anstalt Breitenau. 1 Privatanstalt Neuhausen.

Kanton **Appenzell-Außer-Rhoden** (55 300 Einwohner)

1 kantonale Anstalt Herisau.

Kanton **St. Gallen** (295 500 Einwohner)

2 kantonale Anstalten St. Pirminsberg, Wil. 1 Anstalt für Alkoholkranke in Rosenheim-Altstätten. 1 offene Anstalt Haus Meienberg.

Kanton **Graubünden** (119 800 Einwohner)

2 kantonale Anstalten Waldhaus, Realta (hier auch Trinkerheilstätte, Arbeiterkolonie). 1 Privatanstalt Masans.

Kanton **Aargau** (240 800 Einwohner)

2 kantonale Anstalten Königsfelden und Muri (Pflege). 2 Privat-

anstalten Biberstein und Bremgarten (beide für Schwachs.). 1 Anstalt für Alkoholkranke Effingerhof bei Holderbank.

Kanton **Thurgau** (136 000 Einwohner)

1 kantonale Anstalt Münsterlingen. 6 Privatanstalten Altnau, Kreuzlingen, Littenheid, Zihlschlacht; Mauren und Weinfelden für Schwachs.

Kanton **Tessin** (152 200 Einwohner)

1 kantonale Anstalt Casvegno.

Kanton **Waadt** (317 500 Einwohner)

1 kantonale Anstalt (zugleich Universitätsklinik) Bois de Cery, mit Dependance Gimel. 9 Privatanstalten Crissier, Eclagnens, La Métairie, Prilly, Renens (3), Lavigny (Epil.), Etoy (Schwachs.). 2 Anstalten für Alkoholkranke Bellevaux, Etagnières.

Kanton **Wallis** (128 200 Einwohner)

1 kantonale Anstalt Monthey.

Kanton **Neuenburg** (131 400 Einwohner)

1 kantonale Anstalt Perreux. 4 Privatanstalten Prefargier, Corcelles (2), Landeron. 1 Anstalt für Alkoholkranke in Pontareux.

Kanton **Genf** (171 000 Einwohner)

1 kantonale Anstalt Genf-Bel-Air (zugleich Universitätsklinik). 1 Privatanstalt Chêne-Bougeries, 1 Anstalt für Epileptische Petit-Lancy.

Die Kantone Uri, Schwyz, Nidwalden, Glarus, Appenzell-Inner-Rhoden haben keine Anstalten.

Baltische Länder

Estland (Eesti) (1 115 000 Einwohner)

1 Universitätsklinik in Dorpat (Tartu). 2 staatliche Anstalten Jämejala b. Fellin, Reval-Seewald. 1 Privatanstalt Fellin (Marienhof).

Lettland (Latwija) (1 844 800 Einwohner)

3 staatl. Anstalten: Stackeln, Mitau-Günthershof, Riga-Alexanderhöhe. 2 städtische Anstalten Libau, Riga-Rothenberg. 1 Privatanstalt Riga-Thorensberg, Atgasensche Str.

Alphabetisches Verzeichnis der Anstaltsärzte.

(Die mit Stern Versehenen
sind Mitglieder des Deutschen Vereins für Psychiatrie.)

*Abraham, A., Schleswig 104.
*Ackermann, C., Großschweidnitz 43.
*Adam, A., Regensburg 97 (versetzt nach Eglfing).
Adam, G., Berlin-Buch 8.
*Adams, F., Andernach 4.
Adler, P., Wien 120.
*Ahrens, W., Sorau 107.
Albrecht, C., Berlin 8.
—, Margarete, Marburg 77.
Allunans, J., Riga 100.
Altups, H., Riga 100.
*Altvater, W., Herborn 51.
Ament, F., Lindenhaus 73.
Ammann, A. Muri 86.
*Amrhein, L., Alzey 3.
Anders, C., Breslau 18.
—, O., Branitz 16.
Anthes, E., Scheuern 103.
Apitz, Hubertusburg 55.
*Aschaffenburg, G., Köln 62.
*Ast, Eglfing 28.
Augener, Volmerdingsen 115.
Autengruber, H., Wien 120.
—, M., Mauer-Öhling 79.
Ayrer, Fr., Guben 44.

Bach, K., Riehen 99.
—, Ph., Bedburg 7.
Baege, E., Leubus 71.
Bänziger, H., Zürich 125.
Bäumlin, Altnau 2.
Balluff, F., Berlin-Witt. 9.
Bals, P., Wehnen 118.
Balthasar, C., Hamburg-Friedrichsberg 47.
Baltruweit, Frieda, Landsberg 68.
Bandelow, M., Leubus 71.
*Banse, J. Lauenburg 69.
Barbezat, Ch., Prefargier 95.
Bartscher, J., Eickelborn 28.
Barchewitz, O., Liebenstein 72.
*Bastin, K., Düsseldorf 25.
Bauer, F., Wien 120.
Bauer, Attl, 5.
—, Jo., Freudenstadt 35.
*—, Jul., Altscherbitz 3.
*Baumann, Fr., Landsberg 68.
—, E. Littenheid 74.
*—, W., Essen 31.
Baumeyer, F., Leipzig 70.
Baumüller, Hilde, München 84.
—, Leo, München 84.
Bausch, W., Gießen 39.
Bayer, K., Wien 120.
Beck, E., Frankfurt 34.
—, K., Roderbirken 100.
Becker, H., Kennenburg 59.
—, K., Süchteln 110.
—, W., Herborn 51.
Beelitz, O., Lüttringhausen 76.
*Behr, H., Lüneburg 76.
Belf, M., Ybbs 124.
Bender, W., Berlin-Witt. 9.
*Benning, W., Bremen 17.
Benoit, Wiesloch 122.
Bensheim, H., Tübingen 113.
Benson, Maria-Veen 78.
Berendes, H., Potsdam 95.
Berg, J., Allenberg 2.
*Berge, O., Merxhausen.
*Berger, H., Jena 57/58.

*Roesen, L., Lübben 75.
Roesgen, Montabaur 81.
Rössel, F., Berlin-Lankwitz 10.
Roggenbau, Christel, Berlin 8.
*v. Rohden, F., Nietleben 89.
*Rohrbach, W., Cassel 21.
Rohrer, A., Hamburg-Fr. 47.
Rohardt, W., Schwerin 106.
Rollin, B., Jena 57.
Roos, W., Bethesda 12.
Rose, M., Berlin 10.
—, Stella, Berlin 10.
*Rosenfeld, Rostock 101.
Rosenthal, K., Breslau 18.
Rosner, R., Gießen 38.
Roters, Rotenburg 101.
Rother, A., Plagwitz 94.
Rothfuchs, Hamburg 48.
Rothmann, Eva, Tübingen 113.
Rothschild, S., Frankfurt 34.
Rotter, R., Breslau 18.
Rücker-Embden, F., Kiel 60.
Rüder, F., Dresden 24.
*Rüdin, E., München 82.
Rumpen, H., Alzey 3.
*Runge, W., Chemnitz 21.
Rust, Schwerin, Lewenberg 106.
—, F., Altscherbitz 3.
v. Rutkowski, E., Kiel 60.

Saarson, B., Jämejala 57.
*Sagel, W., Arnsdorf 4.
*Salinger, F., Berlin-Herzb. 8.
Salis, G., Realta 97.
Sammern-Frankenegg, Wien 120.
Samson, K., Hamburg-Fr. 47.
Sander, H., Gießen 38.
—, K., Carlsruhe Schl. 20.
Sauerbeck, E., Breitenau 17.
Saupe, A., Hamburg-L. 48.
Sayler, H., Weinsberg 118.
Schaefer, F., Zschadraß 124.
*—, A., Kaiserswerth 58.
*Schäfer, Hamburg-L. 48.
Schaefgen, H., Bonn 15.
Schärer, G., Bern 11.
Schapfl, J., Eglfing 28.
*Scharncke, Rostock 101.
Scharpf, M., Mauer-Oehling 79.
—, Hornegg 55.
Scharfetter, H., und K., Innsbruck 57.
Schaub, F., Treysa 112.
Schaudt, G., Münsingen 85.
*Schaumburg, Fr., Bonn 15.
Schauß, Zepernick 124.
Schayer, L., Berlin-Witt. 9.
*Schedtler, H., Merxhausen 80.
Scheele, H., Würzburg 123.
*Scheiber, E., Deggendorf und Mainkofen 23. 76.
Scheidtrer, E., Frankfurt 34.
Schenkel, K., Essen 31.
Scherschlicht, K., Plauen 94.
Scherwenzski, B., Berlin-Buch 8.
Scherz, J., Wien 120.
Schicker, J., Mauer-Oehling 79.
Schieffer, Trier 113.
Schierle, H., Liestal 72.
Schildknecht G., Weinfelden 118.
Schiller, H., Wil 122.
Schimanski, W., Danzig 22.
Schindler, A., Hamburg-Fr. 47.
*Schinke, A., Tost 112.
Schiwoff, M., Kilchberg 60.
Schlaeger, Blankenburg u. Oldenburg 13. 92.
*Schlegel, J., Arnsdorf 4.
*Schleiß v. Löwenfeld, J., Eglfing 28.
Schlippe, A., Hamburg 48.
Schlund, F., Domjüch 24.
Schlüter, A., Teupitz 111.
*—, K., Königslutter 63.
*Schmeel, W., Heppenheim 51.
Schmelz, W., Frankenthal 33.
*Schmidtberger, G., Niedernhart 88.
Schmid, K., Bruck 19.
Schmid-Wyß, H., Münchenbuchsee 84.
*Schmidt, A., Lengerich 71.
—, Clara, Lüneburg 76.
*—, H., Berlin-Wuhlg. 9.
*—, H., Klingenmünster 62.
*—, F., Berlin-Herzb. 8.
—, F., Hubertusburg 55.
—, H., Stuttgart 110.
—, K., Mosbach 82.
—, K., Schwerin-Sachsenberg 105.
—, M., Borsdorf 16.
—, P., Potsdam 95.

Außer den im alphabetischen Verzeichnis der Anstaltsärzte mit einem Stern versehenen sind noch folgende Herren u. Damen Mitglieder des Deutschen Vereins für Psychiatrie:

Albrecht, Dr., Facharzt, Wien VIII, Josefstädterstr. 43.
Allers, Dr., Privatdozent, Wien IX, Schwarzspanierstr. 17.
Alter, Dr., Geh. Reg.-Med.-Rat, Direktor, Düsseldorf.
Anhalt, Dr., Nervenarzt, Leipzig, Floßplatz 1.
Anton, Dr., Geh. Med.-Rat, Professor, Halle a. d. S.
Arndt, Dr., Nervenarzt, München, Königinstr 2, I.
Arndt, Dr., San.-Rat, Nicolassee b. Berlin, Priv.-Anstalt „Waldhaus“.
Ascher, Dr., San.-Rat, Berlin W. 50, Rankestr. 27 a.
Auer, Dr., Oberreg.-Med.-Rat, Hamburg a. d. E., Sierichstr. 58.

Bach, Dr., Assistenzarzt d. Heil- u. Pflegeanstalt, Bonn a. Rh.
Baumm, Dr., Reg.-Med.-Rat, Königsberg i. Pr., Bergplatz 8/9.

Benda, Dr. Geh. Sanitätsrat, Berlin W 10, Dörnbergstr. 1.
Bendixsohn, Dr., Reg.-Med.-Rat, Berlin W, Kurfürstenstr. 144.
Bennecke, Dr., Generaloberarzt a. D., Dresden-N., Bautzner Str. 18.
Benthaus, Dr. Paderborn, Fürstenstraße.
Berliner, Dr., Chefarzt, Hütteldorf-Heckig, Wien VIII, Vinzenz-Faßgasse 29.
Berze, Dr., Reg.-Rat, Professor, Wien XIII, am Steinhof 12.
Bianchi, Dr., Professor, Direktor, Neapel.
Bieberbach, Dr., Geh. Med.-Rat, Heppenheim a. d. B. (Hessen), Buscherstr. 19.
Binswanger, Dr., Geh. Med.-Rat, Kreuzlingen-Bellevue (Thurgau).
Bleuler, Dr., Professor, Zürich 8, Zollikerstr. 98, Zollikon. E. M.
Blumenthal, Dr., Nervenarzt, Dessau i. Anh., Antoinettenstr. 24.
Boedecker, Dr., San.-Rat, Professor, Zehlendorf W b. Berlin.
Böss, Dr., Stuttgart, Hermannstr. 11.
Bolte, Dr., Bremen, Schwachhauser-Heerstr. 27.
Bonvicini, Dr., Priv.-Dozent, Tulln b. Wien, Sanatorium.
Bouman, Dr., Professor, Utrecht, Catharynesyrel.
Bräuner, Dr., Oberarzt, Lüneburg.
Brennecke, Dr., Facharzt f. Nervenkrankh., Halle a. d. S., Gr. Ulrichstr. 2.
Brügelmann, Dr., San.-Rat, Köln, Hohenzollernring 75.
Brunst, Dr., Reg.-Med.-Rat, Chemnitz, Schillerstr. 24 a.
Bry, Dr., Nervenärztin, Breslau, Zwingerplatz 2.
Bucura, Dr., Professor, Wien I, Museumstr. 8.
Bürger, Hedwig, Arzt am Untersuchungsgefängnis, Berlin-Schöneberg.
Busch, Dr., Professor, Köln a. Rh.
Buttenberg, Dr., San.-Rat, Tharandt i. Sa.
Bychowski, Dr., Warschau, Ciepta 9.
Casten, Reg.-Med.-Rat, Stettin.
Claus, Dr., Professor, Hamburg, Jordanstr. 9.
Cohen, Dr., Hamburg 22, Friedrichsberg. (†)
Colla, Dr., Sanitätsrat, Bielefeld.

Decsi, Dr., Nervenarzt, Budapest, Visegradi 9.
Delbrück, D., Professor, Bremen, Hollerallee 5.
Deiters, Dr., Elisabeth, Anstaltsärztin, Düsseldorf-Unterrath.
Dietrich, Dr., Generaloberarzt, Königsberg i. Pr., Vogtstr. 1, I.
Dluhosch, Dr., Geh. San.-Rat, Landeck (Schles.).
Dörenberg, Dr., Geh. Med.-Rat, Soest i. W.
Donalies, Dr., Berlin, Charité.
Dreikurs, Dr., Nervenarzt, Wien XIX, Chimanistr. 27.
Dreyfus, Dr., Professor, Frankfurt a. M.-Süd, Weidmannstr. 18.

v. Economo, Dr., Professor, Wien I, Rathausstr. 13.
Edel, Dr., San.-Rat, Charlottenburg, Berliner Str. 17.
Edzard, Dr., Nervenarzt, Bremen-Dobben 30.
Ehrenwald, Dr., Prag, Deutsche Psychiatrische Klinik.
Ehrhard, Dr., Königsberg i. Pr.
Emanuel, Dr., Oberarzt, Charlottenburg, Berliner Str. 17.
Erckenprecht, Dr., Stettin, Dohrnstr. 3.

Fabinyi, Dr., Direktor u. Priv.-Dozent, Budapest I, Hidegkutenstr. 72.
Fabricius, Dr., Geh. San.-Rat, Mörs Rhld., Nordring 3.
Fehsenfeld, Dr., Med.-Rat, Schneidemühl.
Fischer, Dr., Geh. Med.-Rat, Berlin-Dahlem, Werderstr. 26.

Fischer, Dr., Priv.-Dozent, Bremen.
Fleck, Dr., Göttingen, Rosdorfer Weg 6.
Förster, Dr., Professor, Breslau 16, Tiergartenstr. 83.
Fränkel, Dr., Berlin W 62, Schillstr. 8.
Fränkel, Dr., San.-Rat, Lankwitz b. Berlin, Privat-Anstalt.
Friedländer, Dr., Hofrat, Prof., Littenweiler b. Freiburg i. Br.
Fuchs, Dr., San.-Rat, Köln a. Rh., Lindenthal, Lorzingplatz 15.

Galant, Dr., Moskau 68, Wostotschnaja Korb. I Q. 30.
Ganser, Dr., Geh. Med.-Rat, Dresden, Lüttichaustr. 25.
v. Gebsattel, Dr., Schloß Fürstenberg, Mecklbg.-Strelitz.
Gericke, Dr., Geh. San.-Rat, Eberswalde, Düppelstr. 13.
Gerlach, Dr., Geh. Med.-Rat, Braunschweig, Am Augusttor 1.
Gerlach, Dr., Geh. Med.-Rat, Münster i. W., Heerdastr. 13.
Gerstenberg, Dr., Geh. San.-Rat, Hildesheim.
Geyer, Dr., Gerichtsarzt, Zwickau i. Sa.
Gierlich, Dr., Professor, Wiesbaden, Gartenstr. 15.
Göring, Dr., jur. et med., Prof., Elberfeld.
Goldstein, Dr., Nervenarzt, Berlin W 30, Motzstr. 29.
Groß, Dr., Nervenarzt, Stuttgart, Charlottenstr.
Groß, Dr., Priv.-Dozent, Wien VIII Albertg. 10.
Grünthal, Dr., Berlin, W 62, Lutherstr. 21.
Gudden, Dr., Professor, München 2, Wiedemeyerstr. 48.
Gückel, Dr., prakt. Arzt, Neustadt a. Aisch.

Haardt, Geh. Med.-Rat, Frankfurt a. M., Schreyerstr. 11.
Haedicke, Dr., Oberschreiberhau, Sanatorium Kurpark.
Haensel, Dr., Nervenarzt, Chemnitz, Kronenstr. 26.
Hagemeister, Dr., Oberarzt, Treuenbrietzen.
v. Halban, Dr., Professor, Lemberg (Polen), Mocknakigasse 38.
Hampe, Dr., Nervenarzt, Braunschweig.
v. Hattingberg, Dr. jur. et med., Nervenarzt, München.
Hayaski, Dr., Okayama (Japan), Universität.
Haymann, Dr., Nervenarzt, Badenweiler.
Hendriksen, Dr., Oberarzt, Roskilde, Dänemark, St. Hans-Hospital.
Hermel, Dr., Direktor, Rinteln (Grafschaft Schaumburg), Kuranstalt Parkhof.
Herrmann, Priv.-Dozent, Dr., Prag II, 460, u. Karlova 13.
Herse, Dr., prakt. Arzt, Pielburg, Kreis Neustettin.
Hinrichs, Dr., San.-Rat, Direktor, Neustadt i. Holst.
Hirsch, Dr., Prag II, 460.
Hirsch, Dr., Dozent, Wien VIII, Josephstädterstr. 21.
Hirschfeld, Dr. Magnus, San.-Rat, Berlin NW, In den Zelten 19.
Hirschfeldt, Dr., Berlin W 9, Linkstr. 23/24.
Höllwarth, Dr., Nervenarzt, Wien II Röcklinstr. 110.
Hofmann, Dr., Stabsarzt, Braunschweig, Humboldtplatz 26.
v. Holst, Dr., Nervenarzt, Danzig.
Holzmann, Dr., Hamburg, An der Alster 63.
Hoppe, Dr. Adolf, Rinteln (Grafschaft Schaumburg).
Hoppe, Dr. Joseph, Nervenarzt, San.-Rat, Allenstein i. Ostpr., Bahnhofstr. 5.
Hudovernig, Dr., Priv.-Dozent, Budapest IV, Piarista utcza 2.
Huth, Dr., Nervenarzt, Bonn a. Rh., Lennéstr. 2.

Ilberg, Dr., Prof. Geh. Med.-Rat, Dresden-Bl., Schubertstr. 41.
Immisch, Dr., Gera, Albertstr. 6.
Infeld, Dr., Primär-Arzt, Wien.

Jirzik, Dr., Waldenburg (Schlesien).
Joannovics, Dr., Professor, Belgrad, Sumadiska 18.
Jolly, Dr., Reg.-Med.-Rat, Priv.-Dozent, Düsseldorf.
Jolowicz, Nervenarzt, Leipzig, Harkortstr. 1.

Kahle, Dr., Nervenarzt, Weimar, Frauenplan 6.
Kalischer, Dr., San.-Rat, Schlachtensee.
Kanabich, Professor, Moskau, Rjewsky 8.
Kastan, Dr., Professor, Hamburg, Tornquistr. 4.
Kattinger, Dr., Chefarzt, Gräfenberg (Tschechoslowakei).
Kauders, Dr., Wien IX, Lazarettg. 14.
Kauffmann, Dr., Berlin-Weißensee, Tassostr. 21.
Kayser, Dr., Geh. San.-Rat, Dir. i. R., Heidelberg, Untere Neckarstr. 88.
Kersten, Dr., Anstaltsarzt, Wittenberge (Bez. Potsdam).
Ketz, Dr., San.-Rat, Bremerhaven, Grünestr. 76.
Kirchberg, Dr., Frankfurt a. M., Hochstr. 2 c.
Kleefisch, Dr., Bad Godesberg, Haus Miramonti, Deutschherrenstr. 14.
Klieneberger, Dr., Professor, Königsberg i. Pr.
Kluge, Dr., Priv.-Dozent, Budapest I, Horánszky utca 8.
Koebisch, Dr., Obernigk b. Breslau, Sanatorium Friedrichshöhe.
Krause, Dr., Dresden, Bergstr. 31.
Krol, Dr., Dir. a. d. Psychiatr. Anstalt, Rostow am Don, U. S. S. R.
Kroll, Dr., Professor, Minsk (U. S. S. R.), Univers.-Nervenklinik.
Kronfeld, Dr., Nervenarzt, Berlin W 10, Hohenzollernstr. 3.
von Kunowski, Dr., San.-Rat, Potsdam-S., Marienstr. 10.
Kutzinski, Dr., Professor, Königsberg i. Pr, Tragheimer Kirchenstr. 27.

Laehr, Dr., San.-Rat, Berchtesgaden, Unterweinfeld.
Landerer, Dr., Hamburg 39, Marie Luisestr. 108.
Lantzius-Beninga, Dr., San.-Rat, Landesmed.-Rat, Wiesbaden, Rüdesheimer-Str. 14.
Laskowski, Dr., Andernach a. Rh.
Laudenheimer, Dr., Nervenarzt, München, Scheckstr. 2, II.
Legewie, Dr., Freiburg i. Br., Werderstr. 9.
Leidler, Dr., Facharzt, Wien VIII, Linke Wienzeile 4.
Levinstein, Dr., Oberstabsarzt, Berlin-Dahlem, Altensteinstr. 33.
Lewy, Dr., Professor, Berlin W. 10, Matthäikirchstr. 8.
Lewy-Suhl, Dr. Max, Nervenarzt, Berlin-Wilmersdorf, Kaiserallee 56.
Lippmann, Dr., Professor, Charlottenburg, Grohmannstr. 6.
Lismann, Dr., München.
Loeb, Dr., Nervenarzt, München-Gladbach, Kaiserstr. 109.
Loewenstein, Dr., Nervenarzt, Hannover, Hindenburgstr. 27.
Loewenthal, Dr., Braunschweig, Bruchterpromenade 12.
Löwy, Dr., Professor, Prag.
Lotmar, Dr., Privatdozent, Bern, Schweiz, Feldegweg 3, Universität.
Ludwig, Dr., Werneck, Bez. Schweinfurth.

Mann, Dr., Professor, Nervenarzt, Breslau, Wagnerstr. 5.
Martin, Dr., Nervenarzt, Potsdam, Sedanstr. 7.

Matzdorff, Dr., Hamburg 24, Barca-Str. 2, ptr.
Mayer-Schwarzburg, Nervenarzt, Kronstadt, Purzengasse 2, I, Siebenbürgen, Rumänien.
Mendel, Dr., Nervenarzt, Berlin W. 50, Augsburger Str. 43.
Metz, Dr., Direktor in Neuhaldensleben.
Möller, Dr., San.-Rat, Brieg (Schl.), Georgstr. 1. (†)
Mörchen, Dr., Wiesbaden, Schillerstr. 2.
Moser, Dr., Oberarzt, Königsberg i. Pr.
Morgenthaler, Dr., Bern (Schweiz), Kollerweg 11.
Moritz, Dr., Professor, Geh. Med.-Rat, Cöln-Lindenthal, Fürst-Pücklerstr. 4.
Meyer-Keyser, Dr., Facharzt, Bielefeld, Luerstr. 11.
Michels, Dr., Nervenarzt, Düsseldorf, Bismarckstraße.
Münzer, Dr., Prag II, Karlova 460.

Neuberger, Dr., Prof., Direktor, Hamburg, Andreasbrunnen, Staatsanstalt,
Niesel, San.-Rat, Nervenarzt, Stettin.
Niessl von Mayendorf, Professor, Leipzig, Kurprinzstr. 4, II.
Nawratzki, Dr., San.-Rat, Nicolassee b. Berlin, Prinz-Friedrich-Leopoldstr. 5.

Oetter, Dr., Med.-Rat, Bamberg, Marienstr. 9.
Ollendorf, Dr., Nervenarzt, Berlin-Schöneberg, Innsbrucker Str.42.
Osthenner, Dr., Innsbruck.
Orban (Sandor) Dr., Psychiater, Budapest IV, Vilmos czaszar ut. 22 II 10.
Otten, Dr., Assistenzarzt, Düsseldorf-Grafenberg, Prov.-Anstalt.

Pappenheim, Dr., Priv.-Dozent, Wien VIII, Lederergasse 22, Am Hof.
Partenheimer, Dr., Reg.-Med.-Rat, Köln, Sternwarthstr. 23.
Peust, Dr. med. et rer. pol., Nervenarzt, Magdeburg, Lündeberger Str. 31.
Peritz, Dr., Professor, Nervenarzt, Berlin-Charlottenburg, Joachimsthalerstr. 6.
Peterssen-Borstel, Dr., Geh. San.-Rat, Direktor, Breslau, Menzelstr. 63.
Pfeifer, Dr., Professor, Leipzig, Psychiatr. Klinik.
Pfister, Dr., Professor, Nervenarzt, Berlin-Lichtenrade, Mozartstr. 33.
Pickworth, Dr., Hollymoor Mental Hospital Northfield, Birmingham (Engl.).
Pilcz, Dr., Professor, Wien VIII, Alserstr. 43.
Pilzecker, Dr. med. et phil., Hänner, Amt Säckingen.
Pincles, Dr., Professor, Wien I, Liebiggasse 4.
Poensgen, Dr., leitender Arzt am Kurhaus Bad Nassau (Lahn).
Popper, Dr., Prag I, Kraprova 13.
Prinzhorn, Dr., Frankfurt a. M., Paul Ehrlichstr. 8.
Prochazka, Dr., Prag 460/II.

Ranniger, Dr., Med.-Rat i. R., Colditz i. Sa.
Rautenberg, Dr., leitender Oberarzt, Hamburg 22, Staatsirrenanstalt Friedrichsberg.
Redlich, Dr., August, Wien VIII, Tulpengasse 6.
Reichmann, Dr., Heidelberg-Nauenheim, Mönchhofstr. 15.
Reis, Dr., Nervenarzt, Nürnberg, Pilotystr. 15.
Rhode, Dr., Nervenarzt, Erfurt, Wilhelmstr. 36.
Richter, Dr., Med.-Rat, Chefarzt, Wien, XIII, Vinzenz Hessgasse 29.
Richter, Dr., Primarius, Wien, Purkersdorf.

Richstein, Dr., San.-Rat, Waldfrieden b. Fürstenwalde a. d. Spree, Heilstätte.
Riese, Dr., Privatdozent, Frankfurt a. M., Cronberger Str. 6.
Rixen, Dr., Nervenarzt, Brieg, Bez. Breslau, Feldstr. 25.
Rizor, Dr., Landes-Med.-Rat, Hannover, Am Schiffgraben 7.
Röper, Dr., Nervenarzt, Hamburg 36, Alsterterrasse 9.
Rose sen., Dr., Cincinnati, U. S. Amerika.
Rosenstein, Dr., Moskau, Donskaja 55.
Rückert, Dr., Kreis-Med.-Rat, Cochem a. d. Mosel.
Rühle, Dr., Nervenarzt, Halle a. d. S
Sandner, Dr., Ober-Reg.-Med.-Rat, Facharzt, Nürnberg, Bayreuther Str. 12, I.
Schad, Dr., Heppenheim a. d. Bergstr. (Hessen).
Scharnke, Dr. Prof., Oberarzt, Rostock.
Schenk, Dr., Nervenarzt, Dresden-N., Glacisstr. 12.
Scherrer, Dr., Direktor, Valduna (Österreich).
Schilder, Dr., med. et phil., Universitätsprofessor, Wien II, Taborstr. 11.
Schlomer, Dr., Charlottenburg, Westend, Nußbaumallee 38.
Schlüter, Dr., Kiel, Schloßgartenstr. 15.
Schmidt, Dr., San.-Rat, Nervenarzt, Dresden-A., Josefstr. 12.
Frau Schmidt-Kraepelin, Dr., Prof., Nervenärztin, Ludwigshafen (Rh.), Bleichstr. 97.
Schoen, Dr., Konstanz, Bahnhofplatz 8.
Scholl, Dr., Kassel, Spohrgasse 7.
Schott, Dr., Oberamtsarzt, Eßlingen a. Neckar.
Schroeder, Dr., Arzt, Montevideo, Uruguay.
Schroeder, Dr. ,San.-Rat, Oberarzt i. R., Lauenburg i. P., Prov.-Anstalt.
Schubert, Dr., San.-Rat, Ansbach (Bayern).
Schüller, Dr., Professor, Wien IX, Garnisong. 7.
Schütz, Dr., Gerichtsmedizinalrat, Leipzig, Kaiser-Wilhelmstr. 14.
Schultheis, Dr., Frankfurt a. M., Roßmarkt 14a.
Schultz, Dr., Professor, Berlin W 62, Ahornstr. 4.
Schuster, Dr., Professor, Budapest, Psychiatr. Klinik, Univers.
Scripture, Dr., Professor, Wien IX, Strudelhofgasse 4.
Siemens, Dr., Geh. Med.-Rat, Stolp. E. M.
Siemerling, Dr., Geh. Med.-Rat, Professor, Charlottenburg, Rüsterallee 8.
Snell, Dr., Geh. San.-Rat, Direktor i. R., Lüneburg.
Stamm, Dr., Leiter des städt. Pflegeheims, Hannover, Stephanusstr. 29.
Stanojevic, Dr., Direktor, Belgrad, Mediz. Fakult.
Steckelmacher, Dr., Nürnberg, Spittelerstorgraben 7.
Stein, Dr., Nervenarzt, Teplitz-Schönau.
Steinert, Dr., San.-Rat, Speichersdorf b. Königsberg i. Pr.
Stenvers, Dr., Utrecht i. Holland, Malrebon 43.
Stern, Dr., Professor, Cassel.
Stiefler, Dr., Nervenarzt, Professor, Linz, Promenade 31.
Stier, Dr., Professor, Charlottenburg 4, Schlütterstr. 52.
Sträußler, Dr., Professor, Wien VIII, Kochgasse 27.
Straus, Dr., Nervenarzt, Priv.-Dozent, Berlin-Charlottenburg, Mommsenstr. 96.
Straßmann, Dr., Nervenarzt, Düsseldorf, Bismarckstr. 29.
Strecker, Dr., Priv.-Dozent, Bad Brückenau (Unterfranken).

Teglbjörg, Dr., Assistenzarzt, Roskilde (Dänemark), St. Hans Hospital.
Teuscher, Dr., San.-Rat, Oberloschwitz b. Dresden, Sanatorium.
Thannheimer, Dr., Facharzt für Psychiatrie, Werneck b. Schweinfurth, Bayern.
Tille, Dr., Oberarzt, Wittstock a. d. Dosse, Landesanstalt.
Tilze, Dr. med., Elisabeth, Meissen, Elbstr. 15.
Többen, Dr., Professor, Münster i. W.
Trömner, Dr., Professor, Nervenarzt, Hamburg, An der Alster 49.

Ubenauf, Dr., Hamburg Jugendamt.
Ungemacht, Dr., Direktor, Lohr (Unterfranken), Kreisanstalt.

Vertes, Dr., Chefarzt, Budapest VIII, Arena ut 82.
Villinger, Dr., leit. Oberarzt, Hamburg 21, Aderhoffstr. 7.
Vorkastner, Dr., Professor, Frankfurt a. M., Gerichts-Institut.
Voß, Dr., Professor, Nervenarzt, Düsseldorf, Wagnerstr. 42.

Wagner, Dr., Med.-Rat, Gießen, Lieferstr. 106.
von Wagner-Jauregg, Dr., Professor, Hofrat, Wien I, Landgerichtstr. 18.
Wallenberg, Dr., Professor, Danzig, Hundegasse 56/57.
Warnecke, Dr., Marine-Oberstabsarzt, Nervenarzt, Kiel.
Wattenberg, Dr., Professor, München, Franz Josephstr. 32.
Weichbrodt, Dr., Professor, Frankfurt a. M., Savignystr. 6.
Weiler, Dr., Professor, Spezialarzt, München, Luisenstr. 13.
Weinmann, Dr., München, Leopoldstr. 5.
Werner, Dr., Geh. San.-Rat, Direktor i. R., Görlitz, Viktoriastr. 8.
Wichura, Dr., Nervenarzt, Bad Oynhausen.
Wiehl, Dr., Landes-Med.-Rat, Düsseldorf-Grafenb., Bergische Landstr. 1.
Wilson, Dr., Foxboro State Hospital, Foxboro, Mass. (U. S. A.).
Winkler, Dr., San.-Rat, Nervenarzt, Berlin-Friedrichshagen, Seestr, 95.
Wittenburg, Dr., San.-Rat, Bonn.
Wolfskehl, Dr., Reg.-Med.-Rat, Facharzt, Frankfurt a. M., Gaußstr. 32, I.
Wolpert, Dr., leitender Arzt, Berlin-Schlachtensee, Sanatorium, Viktoriastr. 46.

Zöllner, Dr., Reg.-Med.-Rat, Magdeburg, Kaiserstr. 91.

Nachtrag zu Seite 86:

Naumburg a. S. (Prov. Sachsen)

Schönburg bei Naumburg a. S., Heilstätte für Alkoholkranke Hermann Blume-Haus.

Bahnstation: Naumburg a. S., Hauptbahnhof. 32 Morgen. 45 Plätze. Eine Verpflegungsklasse. Direktor: Johannes Thiken. Heilstättenarzt: Dr. med. R. Jebens. Fürsorge- und Pflegepersonal: 3. Sonstiges Personal: 3—4. Gründungsjahr: 1926. Offene Anstalt für männliche Alkoholiker.

Ein neues Konstitutionstypensystem (KTS.) und seine Anwendung in der Psychiatrie.

Von

Johann Susmann Galant, Moskau.

Der Begriff „Konstitution" existiert in der Medizin ebenso lange Zeit als die Medizin selbst, denn schon der Vater der Medizin, *Hippokrates*, machte von dem Wort „Konstitution" Gebrauch, ohne allerdings dazu zu kommen, eine Wissenschaft Konstitutiologie zu gründen. Unter Konstitution verstand *Hippokrates* etwas Beständiges, Unveränderliches, das ein für allemal das irdische Dasein und die Entwicklung des Individuums bestimmt. „Die Konstitution ist dem Menschen ein für allemal gegeben: sie kann sich nicht ändern und noch weniger kann sie sich umgestalten."

So verstand *Hippokrates* die Konstitution, und es ist interessant, zu vermerken, daß dieser Begriff der Konstitution bei einer gewissen Gruppe von Konstitutiologen bis auf unsere Zeit erhalten geblieben ist, wenn es auch wahr ist, daß er bei ihnen entsprechend den neuen Erkenntnissen und der modernen medizinischen Terminologie, die die Medizin unserer Zeit charakterisieren, einen ganz anderen Ausdruck gefunden hat. *Kretschmer*[1]) z. B., um auf einen Konstitutiologen, der der modernen Konstitutiologie einen mächtigen Schwung verliehen hat, hinzuweisen, versteht unter Konstitution die Summe der individuellen Eigenschaften, die auf erblicher Veranlagung beruhen, d. h. genotypisch verankert sind. Dieser Begriff der Konstitution, wie es leicht zu ersehen ist, ist mit dem Hippokratischen Konstitutionsbegriff völlig identisch; denn verstehen wir unter Konstitution diejenigen Eigenschaften des Individuums, die auf erblicher Anlage beruhen und wollen wir nicht einen Einfluß der exogenen Lebensbedingungen auf die ererbten Eigenschaften zugestehen, so wiederholen wir, natürlich mit ganz anderen Worten, das Axiom *Hippokrates*', daß die Konstitution eine beständige Größe, die gar keinen Änderungen

[1]) *Kretschmer, E.*, Körperbau und Charakter.

unterliegt, ist. Die Konstitution ist, wie man jetzt sagt, das Fatum des Individuums, das seine Lebensbahn vorausbestimmt, und das wir vergebens bekämpfen wollten.

Ein derartiger Begriff der Konstitution muß als metaphysischer Begriff bezeichnet werden schon allein darum, daß ihm zugrunde eine so unbestimmte und unbestimmbare Größe, wie die erblichen Anlagen, liegt. Legen wir einen derartigen Konstitutionsbegriff unserer Konstitutionslehre zugrunde, so gelangen wir schließlich zu jenen philosophischen Ausführungen, zu denen *Mathes*, ein Anhänger des *Hippokrati*'schen Konstitutionsbegriffes, gelangt, und die aus der Konstitutiologie nicht mehr, nicht weniger als eine Afterwissenschaft und jedenfalls keine vollwertige Wissenschaft machen.

Mathes [1]) unterscheidet zwischen Konstitution und konstitutionell, und sieht im ersten Wort eine Frage der logischen Begriffsbildung, im letzteren eine solche der naturwissenschaftlichen Beobachtung und des zulässigen Urteils. Was soll damit erreicht werden? — Schwer zu sagen! Doch verfolgen wir einen Augenblick die Gedankengänge *Mathes*!

Diese Gedankengänge sind weder weit noch tief, obwohl *Mathes* philosophierend vorgeht, oder gerade deshalb! Er erklärt fix und schnell den Begriff der Konstitution für eine Fiktion und damit ist natürlich wirklich alles schnell abgetan, und es bleibt wenig Raum für Gedankengänge.

Weshalb nun aus dem Begriff der Konstitution eine Fiktion machen? — „Wir sind nicht imstande und werden es auch wohl nie sein, an dem durch die Paarung der Keimzellen entstandenen Einzelwesen zu erkennen, was bei der Entwickelung und zeitweiligen Gestaltung des Einzelwesens auf endogene, in der Keimanlage von Haus aus enthalten, und was auf Einflüsse zurückzuführen ist, die von außen also exogen auf das Reaktionssystem einwirken oder eingewirkt haben. Wollen wir, wo die unmittelbare Beobachtung im Stiche läßt und im Stiche lassen muß, in Gedanken die Trennung dieser beiden Kategorien von Energien vornehmen, so kommen wir rückschreitend bis auf den Augenblick, in dem das neue Einzelwesen durch die Vereinigung der Keimzellen eben entstanden ist; denn nur in diesem Augenblicke ist es schon da, ohne daß exogene Faktoren auf die Entwicklung einen Einfluß haben nehmen können. Der Zustand der

---

[1]) *Mathes, P.*, Die Konstitutionstypen des Weibes, insbesondere der intersexuelle Typus. In *Halban-Seitz*, Biologie und Pathologie des Weibes Bd. III, Berlin und Wien 1924.

Chromosomen der elterlichen Keimzellen in diesem Augenblicke ist das, was ich unveränderliche Konstitution genannt habe, und darin sind mir *Tandler* und viele andere gefolgt."

Also gibt es außerhalb der Chromosomen — und auch da, wie aus den Worten *Mathes'* zu folgern ist, nur im Moment der Vereinigung der Keimzellen — keine Möglichkeit für die Existenz des Konstitutionsbegriffes, da Konstitution die ausschließliche Wirkung der endogenen, innewohnenden (angeborenen) Kräfte des Einzelwesens auf das Reaktionssystem ohne hinzuwirken — horribile dictu — von Außenfaktoren ist. Wo solche Außenfaktoren hinzutreten, haben wir es mit dem Phänotyp zu tun, und da ist es schon mit der Konstitution ganz aus!

Nun lautet die Frage: Ist es aber wirklich wahr, daß im Moment der Vereinigung der Keimzellen gar keine Außenfaktoren, die auf den Gang der weiteren Entwickelung des Individuums einwirken, mitbeteiligt sind, und sind denn die elterlichen Keimzellen in den Eierstöcken bzw. Hoden ganz dem Einflusse der Außenwelt entzogen, daß es möglich wäre, in den Chromosomen der keimenden Zygote die wahre, von Außenfaktoren ganz frei bleibende Konstitution des heranwachsenden Individuums zu sehen? Offenbar ist eine solche absolute Unabhängigkeit der Keimzellen von den Außenwelteinflüssen Sache der Unmöglichkeit, und der *Mathes*'sche Begriff der Konstitution ist selbst für die Chromosomenanlage eine reine, nie in Erfüllung kommende Fiktion [1]). Und in der Tat sagt *Mathes* selbst, daß sein Begriff der Konstitution eine „Fälschung" sei und alle Merkmale eines fiktiven Begriffes trägt: „Er setzt etwas Gedachtes und nur Denkbares an Stelle eines Gegebenen, er ist bewußt fehlerhaft, er wurde — und das ist das Wesentliche jeder Fiktion — zu einem ganz bestimmten Zwecke gemacht, und der ist, mittelst einer verfälschten Wirklichkeit die wahre Wirklichkeit zu finden, und er wird entbehrlich, sobald dieser Zweck erreicht ist; er ist ein Denkbehelf zur Lösung eines Problems, er ist eine Krücke, die wegfällt, sobald das Problem gelöst ist."

---

[1]) Gerade die auf unwiderlegbaren Tatsachen begründete Lehre *Forel*'s von der Blastophthorie oder Keimschädigung beweist, wieweit die elterlichen Keimzellen im Moment der Vereinigung zur Zygote unter dem Einfluß von Außenfaktoren (Giftwirkung, Alkohol usw.) stehen, so daß die Konstitutionslehre *Mathes'* und seiner Anhänger nicht nur eine Fiktion ist, sondern geradezu auf wissenschaftlicher Unkenntnis beruht und ist von vornherein als eine auf falschen Voraussetzungen begründete Lehre zu verwerfen.

Mathes wird nicht müde, den Begriff der Konstitution so inhaltlos als es nur möglich ist, darzustellen, und sagt noch an einer anderen Stelle, daß die Konstitution nicht etwas Körperliches, Wirkliches, Greifbares ist, das etwa wie ein feines Gespinst den ganzen Körper durchzieht, und daß es nie möglich sei, den konstitutionellen Anteil in irgend einem Ablauf oder in irgend einer Erscheinung etwa so festzustellen, wie man den Säuregehalt einer Lösung durch Titration bestimmt. Seine Ausführungen über den Begriff der Konstitution schließt aber *Mathes* durch folgende Definition der Konstitution ab: „Konstitution ist nur die durch die Beschaffenheit der elterlichen Keimzellen verursachte persönliche Eigenart eines Menschen, so zu sein, wie er es in jedem Augenblick seines Lebens gerade tut. Sie wird festgelegt für immer in Momente der Vereinigung von Ei- und Samenzelle.“

Die Widersprüche in den Auffassungen *Mathes*' des Begriffes Konstitution sind, wie man es aus der eben angeführten Definition ersehen kann, sehr groß und kaum zu versöhnen. Denn letzten Endes stellt *Mathes* jeden Augenblick im Leben eines Menschen in direkte Abhängigkeit von seiner Konstitution (sieht also doch in der augenblicklichen Erscheinung eines Einzelwesens, also im Phänotyp, den Ausdruck der Konstitution!), daneben behauptet er aber, die Konstitution sei nichts Wirkliches, es gibt nur neben dem Konditionellen so etwas wie Konstitutionelles, was aber konditionell, was konstitutionell sei, ist schwer zu erraten, desto schwieriger, je länger der Mensch gelebt hat (?!)[1]. Und kommt dann schließlich *Mathes* von seinen theoretisch-philosophischen Ausführungen über Konstitution und konstitutionell ab, um von Konstitutionstypen(!) des Weibes zu sprechen, so vergißt er mit einem Schlag, daß es außerhalb der Chromosomen keine Anhaltspunkte für den Begriff der Konstitution gibt und versteht unter einem Konstitutionstyp das Exterieur[2]), und nicht mehr die Chromosomen, indem er die Konstitutionstypen ausschließlich durch äußerlich feststellbare Merkmale des allgemeinen Körperbaues und der psychischen Reaktionsweise (also rein phänotypisch!) unterscheidet und auseinanderhält. Ein ernsteres Dementi seiner eigenen Anschauungsweise wäre kaum auszudenken.

Aus dem Beispiele *Mathes*' konnten wir uns genügend überzeugen, wohin eine Konstitutionslehre, die aus dem Begriffe Konstitution den Phänotyp ganz ausschließt und den Genotyp allein für sämtliche

---

[1]) L. c. S. 7.
[2]) Exterieur = äußere Erscheinung, Habitus, allgemeiner Körperbau.

konstitutionelle Eigentümlichkeiten des Individuums verantwortlich macht, führen muß. Ich meine, niemand aus meinem Leserkreise wird Lust bekommen, in die Fußtapfen *Mathes'* zu gehen, um später sich seiner eigenen Ungereimtheiten zu schämen.

Andererseits wird es jedem leicht fallen, sich mit einer Konstitutionslehre zu befreunden, wo der Phänotyp zum wesentlichen Teil der Konstitution gemacht wird, sobald er mit dem Begriff der konstitutionellen Entwicklung, den ich zuerst in die Konstitutionslehre eingeführt habe, bekannt wird.

Es ist schwer zu begreifen, wieso es möglich war, daß man bis jetzt in der Konstitutiologie ohne diesen Begriff hat auskommen können, wo wir überall in den Naturwissenschaften ohne ihn keinen Schritt vorwärts machen können und ich bin bereit, diesem Umstande jene vielen Mißverständnisse und unzulässigen Fehler, die in den Auffassungen des Konstitutionsbegriffes wimmeln, zuzuschreiben. Jedenfalls war es manchem Autor nur darum möglich, den Konstitutionsbegriff auf den Genotypus allein zu beschränken, daß er wider jede wissenschaftliche Tradition und echt wissenschaftliche Auffassung der Erscheinungen im Universum den Begriff der Entwicklung aus der Konstitutionslehre ganz ausgeschlossen hat.

Es ist ganz falsch, wenn *Mathes* und seine Anhänger behaupten, daß die Konstitution in Moment der Vereinigung von Ei und Samenzelle ein für allemal festgelegt ist. Im Moment der Vereinigung der Geschlechtszellen ist nicht die Konstitution des keimenden Individuums festgelegt, sondern es sind bloß die konstitutionellen Anlagen, aus denen sich im Laufe der Entwickelung des Individuums seine Konstitution entwickeln wird, gegeben. Eine Entwickelung aber vollzieht sich immer unter den Einflüssen des Milieus, in dem die Entwickelung vor sich geht, und somit sind an der Entwicklung der Konstitution nicht nur endogene, sondern auch exogene Faktoren mit beteiligt — Phänotyp und Genotyp sind nie ganz auseinanderzuhalten und beide zusammen nehmen teil an der konstitutionellen Entwickelung.

Diese Tatsachen scheinen uns so selbstverständlich zu sein, daß wir uns nur wundern müssen, wieso die Konstitutionslehre auf sie verzichten konnte und sich einer wilden, spekulativen Konstitutionsforschung zugewendet hat.

Es ist doch mehr als selbstverständlich, daß Anlage, in unserem Falle konstitutionelle Anlage, und die aus dieser Anlage hervorgegangene Eigenschaft, Organ oder Funktion nicht dasselbe seien, und der Begriff der Konstitution kann sich in keinem Falle auf die konsti-

tutionelle Anlage allein beziehen. Was für einen Sinn hätte es auch, den Begriff der Konstitution für den Moment der Vereinigung von Ei und Samenzelle zu reservieren (*Mathes*), wo Konstitution in Wirklichkeit ein Begriff sein soll, der uns zu ermöglichen hat, in jedem Augenblicke des Menschenlebens seine individuelle Eigenart, wie sie in seinen sämtlichen Funktionen, körperlichen und seelischen, zum Ausdruck kommt, zu bestimmen. Warum will nun der Konstitutiologe, daß die Konstitution, die individuelle Eigenart, ausschließlich genotypisch und nicht auch phänotypisch beeinflußt sein soll? Wo ist der logische Grund eines solchen Strebens, wo es doch möglich ist zu beweisen, daß selbst der Genotypus lange nicht immer eine nicht zu überwindende Fatalität sei, und wenn auch nicht so leicht wie der Phänotypus, aber doch eine Wandelbarkeit zuläßt?[1]). Und merk[illegible] nicht die Anhänger der genotypischen Konstitutionslehre den inneren Widerspruch, der in ihrer Theorie verborgen steckt, da sie die wandelbare (entwicklungsfähige) konstitutionelle Anlage für eine nicht wandelbare Größe, die sie in einer beliebigen Lebenszeit des Individuums sich immer gleich neu entdecken und als Konstitution ausgeben? Die genotypische Theorie der Konstitution ist praktisch wertlos, denn wollten

[1]) Die Wandelbarkeit des Genotyps in Abhängigkeit von Milieueinflüssen möchte ich an folgendem einfachem Beispiele zeigen. Die vererbbare Form der Migräne gehört natürlich zum genotypischen Komplex des Individuums. Man beobachtete nun Fälle von Migräne, wo die Vererbung sich nach dem Typus der Dominanz und solche, wo sie sich nach demjenigen der Rezessivität vollzieht. Um diese Erscheinung zu erklären, nimmt *Borchardt* (Klinische Konstitutionslehre S. 29, Urban & Schwarzenberg, 1924) an, daß ein derartig auffallender Wechsel des Erbganges darauf zurückzuführen sei, daß nicht die Krankheiten selbst, sondern gewisse konstitutionelle Abweichungen, auf deren Grundlage die Krankheiten entstehen, sich in der Mehrzahl der Fälle vererben.

Wir sehen nicht ein, wieso *Borchardt* durch die Annahme, daß nicht die Krankheit selbst, sondern gewisse konstitutionelle Abweichungen, die der Krankheit zugrunde liegen, vererbt werden, befriedigend die Erscheinung des Wechsels des Erbganges gewisser Krankheiten zu erklären imstande wäre. Ist eine konstitutionelle Abweichung an sich keine Krankheit? Und gesetzt der Fall, es gäbe unbedeutende konstitutionelle Abweichungen, die selbst nicht als Krankheit zu gelten haben, die aber das eine Mal eine Krankheit provozieren, das andere Mal es zum Ausbruch dieser Krankheit nicht kommen lassen, wodurch der Wechsel des Erbganges der Krankheit verständlich wird, was wäre dadurch an der Tatsache des Wechsels des Erbganges selbst erklärt? — Doch wiederum nichts! Warum stellt sich bei der Anwesenheit ein und derselben konstitutionellen Abweichungen das eine Mal die Krankheit ein, das andere Mal nicht mehr! — Um diese Frage zu beantworten, muß man die Milieueinflüsse, unter denen die konstitutionelle Entwicklung des Individuums vor

ihre Anhänger streng folgerichtig sein, eine Unterscheidung von Konstitutionstypen auf Grund von äußeren Merkmalen, wie es jetzt angenommen ist, solche zu unterscheiden, dürfte ihnen ganz unmöglich sein. Diese Merkmale mußten ihnen alle als bloß phänotypisch erscheinen und für die Konstitution also ganz belanglos. Wenn die Anhänger der genotypischen Konstitutionslehre, *Mathes* in erster Linie, es dennoch möglich finden, solche Konstitutionstypen auseinander zu halten und zu schildern, so lassen sie den größten Widerspruch, den es je zwischen Theorie und Praxis gegeben hat, zu und sehen nicht ein, wie lächerlich sie in den Augen eines jeden, der von einem Forscher strenge Wahrhaftigkeit und Folgerichtigkeit fordert und fordern muß, erscheinen.

Unterdessen ermöglicht der Begriff der konstitutionellen Entwicklung, den Phänotyp [illegible] in den Begriff der Konstitution aufzunehmen und in der äußeren Erscheinung eines Lebewesens in jedem Moment seiner Entwickelung bis zum gewissen Grade den Ausdruck seiner Konstitution zu erblicken. Ohne die konstitutionelle Entwicklung gibt es überhaupt keine Entwickelung des Einzelwesens, und somit ist die Grundlage der Unterscheidung der Konstitutionstypen nach ihrer äußeren Erscheinung gegeben, denn in der äußeren Erscheinung, dem Phänotyp, ist der Genotyp in seiner Entwickelung mit eingeschlossen.

Wenn es auch wahr ist, daß ich zuerst den Begriff der konstitutionellen Entwicklung, der es uns möglich machte zu beweisen, daß die Konstitution ohne den Phänotyp eine bloße spekulative Abstraktion sei, in die Konstitutiologie eingeführt habe, so darf ich es doch nicht unerwähnt lassen, daß eine ganze Reihe von Autoren schon vor mir davon gesprochen haben, daß der Begriff der Konstitution, wenn der Phänotyp aus diesem Begriffe ausgeschlossen wird, ein fiktiver und denkbarer Begriff ist, mit dem wir in der Praxis kaum je zu tun haben werden (*J. Bauer*), und diese Autoren (*Martius*, *Pfaundler*, *Kraus*, *Marchand*, *Rössle*, *Lubarsch*, *Periz*) finden es sogar für möglich, von „erworbenen Konstitutionen“, also von Konstitutionen, die von der Heredität ganz unabhängig sind, zu sprechen, was allerdings

---

sich geht, mit in Betracht ziehen. Ein rezessiv vererbbares Merkmal, also eine vererbbare Krankheit, die unter günstigen Lebensbedingungen als bloße Disposition latent bleiben kann, bricht aus, sobald die exogenen Faktoren die angeborene Disposition steigern, und aus dem Zustande der Latenz, der Rezessivität der Krankheit, entwickelt sich der der Dominanz. Somit sehen wir, daß die exogenen Faktoren selbst auf den Erbgang (Rezessivität und Dominanz) von Einfluß sein können und das Ausschließen des Phänotyps aus dem Begriffe der Konstitution direkt widersinnig ist.

nicht ganz unbedenklich ist. *Martius* spricht z. B. von der syphilitischen Konstitution, wobei er im Auge hat, daß der Körperbau des Syphilitikers derartige Änderungen eingeht, daß er als Ganzes Eigenschaften, die beim Normalen fehlen, erwirbt. Der Organismus des Syphilitikers reagiert auf sämtliche Reize ganz anders als der normale. *Martius* weist auf die Disposition der Syphilitiker, mit metasyphilitischen Formen der Nervenkrankheiten (Tabes, Paralysis progressiva) zu erkranken, als auf eine Eigentümlichkeit der syphilitischen Konstitution hin [1]).

Martius behauptet dann weiter, daß selbst rein exogene Gifte neue Konstitutionen zu schaffen imstande wären, so z. B. kann man von einer „alkoholischen Konstitution" sprechen, die man mit der chronischen alkoholischen Vergiftung selbst nicht verwechseln darf. Wir haben es hier nicht mit den Erscheinungen des chronischen Alkoholismus zu tun, sondern mit der Tatsache, daß die Widerstandskraft der Alkoholiker Krankheiten gegenüber herabgesetzt ist.

Die reale Struktur des Organismus ist zweifelsohne eine Funktion: 1. der genotypischen Potenzen (g) [2]); 2. der umgebenden Bedingungen (B) und 3. des letzten auslösenden Momentes (A). K = F. (G.B.A.).

Aus diesem Grunde glaubt *Iudin*, daß die allerrichtigste Definition der Konstitution diejenige von *Rössle* sei, die lautet, daß Konstitution „derjenige Zustand des Organismus und seiner Teile ist, der sich aus den angeborenen und erworbenen Elementen zusammensetzt und der

---

[1]) Man darf allerdings nicht vergessen, daß nicht alle Menschen „syphilitischer Konstitution" in gleicher Weise für die metasyphilitische Erkrankung disponiert sind, ein Umstand, der darauf hinweist, daß die genotypische Komponente der Konstitution bei der erworbenen „syphilitischen Konstitution" doch noch eine wichtige Rolle spielt.

[2]) *Judin* in seinem Buche: „Psychopathische Konstitutionen" (Verlag Sabaschnikowy, Moskau 1926) schreibt zu der von ihm zitierten Definition der Konstitution *Kretschmer*'s: „Man muß daran denken, daß alle in den erblichen Anlagen verankerten Eigenschaften des Individuums nur Potenzen sind, die sich im Leben unter den Milieueinflüssen so oder anders realisieren; nur das Milieu gibt diesen Potenzen die Möglichkeit der Realisierung. Reell kennen wir nur den Phänotyp und daraus folgt, daß, wenn wir nicht nur von Potenzen, sondern von der Realisierung dieser Potenzen im Leben sprechen, wir jene Variationen und Änderungen, die die verschiedenen Außenbedingungen bei der Verkörperung der genotypischen Potenzen zustande bringen, ins Auge fassen müssen." Hier kommt *Judin* sehr nahe an das, was wir konstitutionelle Entwicklung nennen, da die Umwandlung einer genotypischen Potenz in eine phänotypische Erscheinung nichts anderes ist, als die Entwicklung der genotypischen Anlage von einer Anlage zum Organ, Funktion, Eigenschaft, Eigentümlichkeit usw.

es bedingt, wie der gegebene Organismus und seine Teile auf die Reize der Außenwelt reagieren". Diese Definition, wie man leicht ersieht, schließt in den Begriff der Konstitution den Phänotypus völlig ein und entspricht ganz unserer Auffassung der Konstitution, deren Richtigkeit durch die unwiderlegbare Tatsache der konstitutionellen Entwicklung erhärtet wird.

Bei unserer Auffassung der Konstitution als eines Zustandes, der sich aus dem Phänotyp und Genotyp zusammensetzt, steht uns nichts im Wege, um Konstitutionstypen nach den äußeren Körpermerkmalen zu unterscheiden. Das haben unberechtigterweise auch die Anhänger der genotypischen Konstitutionslehre getan, so *Kretschmer*, der seine drei Konstitutionstypen: den asthenischen, athletischen und pyknischen fast ausschließlich nach äußeren, phänotypischen Merkmalen unterscheidet.

Diese drei Konstitutionstypen *Kretschmer*s erwiesen sich aber allzu eng, um alle möglichen Variationen und Deviationen eines jeden Typus in sich zu fassen, und die Aufstellung einer Gruppe von dysplastischen Typen konnte da nicht abhelfen, da sie nicht um einer solchen Hilfeleistung halber aufgestellt worden ist, sondern mehr oder weniger verbreitete Konstitutionsanomalien in sich faßt. *Kretschmer* scheint dieses Übel schon bei der Abfassung seines Buches gemerkt zu haben, denn er spricht von „Mischformen", die er nicht näher charakterisiert, dann aber auch von konstitutionellen Variationen, die er in keine der von ihm aufgestellten Konstitutionsgruppen einreihen kann und als „nichtrubrizierbare Formen" gelten läßt!

Diejenigen Forscher, die in den Fußtapfen *Kretschmer*s gehen, dachten nicht daran, diesem großen Übel der *Kretschmer*schen Konstitutionslehre abzuhelfen. *Hermann Hofmann*[1]), z. B., der auf Grund der *Kretschmer*schen Konstitutionslehre nach einem epileptischen Konstitutionstypus suchte, fand unter 40 Epileptikern über 30 Jahre:

Tabelle 1.

Asthenisch	6=15,0%
Athletisch	8=20,0%
Asthenisch-athletische Mischformen	7=17,5%
Pyknisch	6=15,0%
Pyknische Mischformen	2= 5,0%
Dysplastisch	2= 5,0%
Nicht rubrizierbare Formen	9=22,5%

[1]) *Hofmann, N.*, Zur Frage des epileptischen Konstitutionstypus, Z. f. d. g. N. P., Bd. 94, S. 309—318.

Also gibt es neben den vielen Mischformen noch 22,5% „nicht rubrizierbare Formen"! Es fragt sich nun, was die „nicht rubrizierbare Form" für ein Wunderkind sei, daß sie nicht einmal in irgend eine Mischform oder in die dysplastische Gruppe hineinpaßt, und was der Konstitutionsforscher mit so einer „nicht rubrizierbaren Form" anfangen soll. Bekanntermaßen ist die Konstitutionsforschung nicht nur Selbstzweck, sondern man sucht vielfach, wie es geradezu mit *Hofmann* der Fall ist, nach den konstitutionellen Momenten einer Krankheit und will feststellen, ob es eine Affinität zwischen einer bestimmten Krankheit und einer entsprechenden Konstitution gibt. Wie ist nun eine „nicht rubrizierbare Form" der Konstitution zu verstehen? Welche Eigenschaften, Merkmale oder Stigmen zeichnen eine „nicht rubrizierbare Form" der Konstitution aus, und was ist von einer „nicht rubrizierbaren Form" der Konstitution mit Bezug auf Morbidität usw. zu erwarten?

Jeder objektive, wissenschaftlich denkende Forscher wird mir ohne weiteres zugeben, daß es ganz unzulässig ist, eine ganz unbestimmte, „nicht rubrizierbare Form" der Konstitution, besonders, wenn sie einen so hohen Prozentsatz wie 22,5%! erreichen kann, in irgend einer Konstitutionslehre bestehen zu lassen. Ist irgendeine Konstitutionslehre außerstande, 22 Fälle von 100 irgendwie zu charakterisieren, so hat sie ihre Existenzberechtigung völlig eingebüßt. Das ist so selbstverständlich, daß darüber mehrere Worte zu verlieren, mir überflüssig erscheint. Es bleibt uns nichts anderes übrig, als das *Kretschmer*sche System für die praktische Verwendung ungültig zu erklären und sich nach einem neuen KTS. umzusehen..

Bei meinen Versuchen, ein neues KTS. an Stelle des *Kretschmer*schen zu setzen, bemühte ich mich aus leicht verständlichen Gründen, mich nicht ganz von *Kretschmer* abzugrenzen. Ich behalte in meinem System all das, was ich in *Kretschmer*s System als fruchtbringend finde. Ich anerkenne die Existenz des athenischen, pyknischen und athletischen Konstitutionstypus, wenn auch nicht in der gleichen Weise, wie *Kretschmer* sie beschreibt, sage mich aber von jedweden Mischformen und erst recht von nicht rubrizierbaren Formen völlig los. Da aber die verschiedenen normalen Konstitutionstypen des Menschen sich nicht auf die drei Konstitutionstypen — asthenischen, pyknischen, athletischen — verteilen lassen, so habe ich, nachdem ich empirisch feststellen konnte, daß es sieben verschiedene normale Konstitutionstypen des Menschen gibt, diese sieben Typen auf drei Gruppen aufgeteilt in der Weise, daß mein KTS. folgendermaßen dargestellt werden kann:

A. Stenosome Gruppe:
   1. Der asthenische
   2. Der stenoplastische
   Konstitutionstypus

B. Mesosome Gruppe:
   1. Der pyknische
   2. Der mesoplastische
   Konstitutionstypus

C. Megalosome Gruppe:
   1. Athletischer
   2. Subathletischer Konstitutionstypus
   3. Euryplastischer

Für die Unterscheidung und die richtige Diagnose eines jeden dieser Konstitutionstypen dienen uns in erster Linie rein äußerliche, morphologische Kennzeichen. Doch ist mein KTS. mehr ein psychophysisches KTS., da jeder Konstitutionstypus von mir nicht nur somatisch, sondern auch psychisch charakterisiert wird. Außerdem habe ich Grund, zu glauben, daß jeder meiner Konstitutionstypen seine speziellen innersekretorischen und neuro-vegetativen Eigentümlichkeiten hat, wenn wir auch zur Zeit außerstande sind, diese Eigentümlichkeiten für jeden Konstitutionstypus genau anzugeben.

Die Bestimmung eines Konstitutionstypus (KT.) beginnen wir gewöhnlich mit den Messungen. Diese letzteren auszuführen ist wichtig auch dann, wenn wir uns im gegebenen Falle leicht zurecht finden, und es entsteht bei uns kein Zweifel über die Angehörigkeit des Falles zu einem bestimmten KT. Indem wir unsere Messungen ausführen, werden wir auf manche Details, die sonst unserem Auge entgehen könnten aufmerksam, Details, die bei all ihrer scheinbaren „Nichtigkeit“ uns doch erlauben, genauer und in bestimmterer Weise die morphologischen Eigentümlichkeiten des Falles zu schildern. Dank den systematischen Messungen, die ich bei meinen Konstitutionsuntersuchungen ausgeführt habe, konnte ich, zwar wie es sich später herausgestellt hat, zum zweiten Mal, die sogenannten Akromiongrübchen entdecken, die hauptsächlich, wenn nicht ausschließlich, am Rücken mancher pyknischen Frau (viel seltener auch beim Manne!) vorkommen. Diese Akromiongrübchen sind auf solche Weise eine charakteristische Eigentümlichkeit des pyknischen KT. und bei ihrer Anwesenheit werden wir in manchen zweifelhaften Fällen geneigt sein, eher auf einen pyknischen Körperbau zu schließen.

Meine Messungen führte ich nach *Kretschmer* aus, so daß jeder, der bis jetzt die Konstitutionstypen des Menschen nach dem KTS *Kretschmers* studiert hat, ohne neue Schwierigkeiten zu erleiden, auf

mein KTS. übergehen kann. Allerdings muß ich hier die Aufmerksamkeit des Lesers auf manche meiner besonders wichtigen Abweichungen von *Kretschmer* lenken.

Ich halte mich nicht an jene mittleren Zahlen, die *Kretschmer* für seine Typen angibt. Diejenigen, die sich längere Zeit mit den Körpermessungen ihrer Kranken beschäftigt haben, konnten sich leicht überzeugen, daß sie selten zur Übereinstimmung mit den Mittelzahlen *Kretschmers* gelangt sind. Dazu sind manche der Mittelzahlen *Kretschmers* als nicht ganz richtig zu bezeichnen, wenigstens soweit sie den asthenischen Konstitutionstypus des Weibes betreffen. Bei meinen Messungen ließ ich mich von manchen Prinzipien leiten, über die ich hier berichten will.

Ich unterscheide Messungen zweierlei Art: die sogenannten Weichteilmaße und die Skelettmaße. Die Skelettmessungen sind die, die wir unmittelbar am Skelett ausführen. So z. B. sind die Körpergröße, der Kopfumfang und die anderen Schädelmaße, wo wir mit den Weichteilen nicht oder fast nicht zu rechnen haben — Skelettmaße, während der Oberarmumfang, der Wadenumfang, der Bauchumfang usw., wo wir hauptsächlich mit den Weichteilen des Körpers zu tun haben, Weichteilmaße sind. Der Sinn dieser Unterscheidung zwischen Skelett- und Weichteilmaßen ist folgender:

Manche Autoren, z. B. *Aschner*, glauben, daß es kaum einen Sinn hat, bei Konstitutionsuntersuchungen, insbesondere bei Frauen, Messungen auszuführen. *Aschner* weist darauf hin, daß nicht selten bei ein und derselben Frau im Verlauf einer kurzen Zeit die Körpermaße vielfach wechseln. Eine Frau gibt im Anfang der Schwangerschaft, am Ende der Schwangerschaft, nach der Entbindung usw. ganz verschiedene Zahlen bei den Messungen. Diese Beobachtungen *Aschners* sind z. T. richtig, die sogenannte Histotropholabilität, oder die starken Schwankungen im Wachstum der Gewebe des weiblichen Organismus ist ein charakteristisches Merkmal der Konstitution der Frau. Die Histotropholabilität aber betrifft nicht alle Körpergewebe in gleichem Maße: das Skelett bleibt fast ganz außerhalb der Wirkungssphäre der Histotropholabilität. Dieser Umstand rechtfertigt voll die von uns vorgenommene Unterscheidung der Skelett- und Weichteilmaße. Die Skelettmaße als diejenigen, die sich durch eine große Beständigkeit und Stabilität auszeichnen, verdienen bei den Messungen besondere Beachtung, wenn es auch wahr ist, daß auch die Weichteilmessungen nicht ganz vernachlässigt zu werden brauchen.

Es ist besonders wichtig, hervorzuheben, daß bei den mehr oder weniger verwandten Konstitutionstypen, z. B. bei dem asthenischen

und stenoplastischen Konstitutionstypus, die Skelettmaße innerhalb der gleichen Grenzen schwanken, während die Weichteilmaße bei den verwandten Typen relativ oder absolut verschieden sein können. Daraus folgt, daß das Zusammenfallen der Skelettmaße allein genügend ist, um über die Verwandtschaft mancher Konstitutionstypen vom Standpunkt der Messungen her zu urteilen.

Der Zufall wollte es, daß ich meine Konstitutionsforschungen zuerst ausschließlich an Frauen ausführen sollte. Aus diesem Grunde folgen auch hier zuerst Charakteristiken der einzelnen Konstitutionstypen, wie sie bei Frauen anzutreffen sind.

Bei den schmal gebauten Typen der Frau, bei den asthenischen und stenoplastischen Frauen ist der Schädel gewöhnlich dolichozephal, und das Gesicht schmal, länglich. Besonders charakteristisch für dies Gesicht ist jene Form des Prophils, die *Kretschmer* Winkelprofil nennt.

Das Gesicht der Asthenika ist blaß und mager derart, daß die Umrisse der Gesichtsknochen stark hervortreten und nicht selten umgrenzen sie die tiefen Augengruben. Der Mund ist oft der Hälfte oder $^2/_3$ der Zähne beraubt, auch der vorderen Zähne, und ist voll kariöser und völlig verfaulter Wurzeln. Diese Dentasthenie ist sehr charakteristisch für die Asthenikerinnen, und da sie bei den Autoren keine Erwähnung findet, so richte ich auf sie die besondere Aufmerksamkeit des Lesers.

Der Gesichtsausdruck der Asthenika ist traurig und düster, oftmals verklärt und leidvoll. Eine Anhäufung degenerativer Züge ist bei den Asthenikerinnen, soweit wir es nicht mit der asthenischen Konstitutionsanomalie zu tun haben, nicht vorhanden. Wenn wir von den unbedeutenden selbst für die asthenische Konstitutionsanomalie nicht charakteristischen „Degenerationszeichen“ (Epicanthus, Heterochromia iridis, *Darwin*sches oder *Morel*sches Ohr, kahnförmiger Gaumen, angewachsene Ohrläppchen, Maskulinismen, Vitiligo, Albinismus, Naevi vasculosi usw.) absehen, so bleiben für die asthenische Frau charakteristisch schwache, faule Zähne, die wir als Dentasthenie bezeichnen. Der Kopf der Asthenika sitzt auf einem langen, dünnen Hals, auf dem man leicht die Details seines Baues durchsehen kann.

Der ganze Körper der Asthenika zeichnet sich durch seine Magerkeit, die es erlaubt, die charakteristischen asthenischen Stigmen des Körpers zu verzeichnen, aus. Diese Merkmale sind: ein langer, schmaler, brettflacher Brustkorb, sub- und supraklavikulare Gruben, vorspringender zweiter Rippenring, eingezogener Bauch, stark hervortretende

Knochenumrisse des Beckens (Spinae, cristae, Symphysis stechen unter der mageren, dünnen und durchsichtigen Haut hervor), lange dünne Beine mit Oberschenkeln, denen die charakteristische weibliche Abrundung fehlt. Schulter und Arme hängen schlaff zu beiden Seiten des Rumpfes herab und zeichnen sich wie alle anderen Körperteile durch ihre Magerkeit aus.

Am Rumpf — Rücken, Taille, Kreuz — fehlen bei den Asthenikerinnen jene feinen Modulationen, die dem Körper der Frau ihre femininen Eigenschaften verleihen. Obwohl bei der normal gebauten Asthenika an der Grenze der Hals- und Brustwirbel keine Kyphose vorhanden ist, so gehen sie doch mit nach vorn übergebeugten Oberkörper: Attitude voûtée. Diese Attitude voutée ist oft bei „hochwüchsigen" asthenischen Frauen (162 cm und mehr) [1]) mit schlaff herunterhängenden Schultern anzutreffen und ist für diesen Typus höchst charakteristisch. Das Becken ist verhältnismäßig eng, nähert sich seiner Form nach dem männlichen Becken (ungenügend breit, ungewöhnlich hoch, spitzer Schambogen usw.) und bei einem verhältnismäßig kleinen Beckenumfang, der oftmals nur um 2—3 cm den Brustumfang übersteigt (ich zähle unter meinen Asthenikerinnen solche, die einen Beckenumfang von 73 cm bei einem Brustumfang von 71 cm haben) macht der Habitus der asthenischen Frau beim Fehlen anderer mildernder Züge der Weiblichkeit einen besonders erdrückenden Eindruck. Kommt noch hinzu eine ungenügende Entwickelung der Brustdrüsen, eine mehr oder weniger starke Hypertrichose, ein Skelett, das männliche Züge nicht nur am Becken allein aufweist, so haben wir einen ausgesprochen maskulinen Typus der asthenischen Frau, der schon in das Gebiet der Konstitutionsanomalien (Intersexualismus) gehört.

Im Gegensatz zu der asthenischen Frau ist die stenoplastische eine zwar eng, aber kräftig und echt feminin gebaute Frau. Obwohl die Stenoplastikerin die meisten Stigmen des enggebauten Typus aufweist, also: Dolichozephalie, nicht selten Andeutung von Winkelprofil, einen flachen Thorax, Andeutung von Attitude voutée usw., so kann sie dennoch bei dem ersten Anblick infolge einer qualitativ und quantitativ besseren Entwickelung sämtlicher Körpergewebe in keiner Weise an ihre Verwandtschaft mit dem asthenischen Typus erinnern, und erst eine genauere Untersuchung deckt diese Verwandtschaft auf.

---

[1]) Selbst Asthenikerinnen, die eine mittlere Körpergröße aufweisen, scheinen wegen der ungenügenden Breitendimensionen hochwüchsig zu sein.

Die blühende Gesundheit der Stenoplastikerinnen, ihr guter Ernährungszustand, die unterstrichene psychophysische Weiblichkeit dieser Frauen veranlaßt uns, zu glauben, daß der stenoplastische Typus der Frau sich dem Ideal der weiblichen Gesundheit und Schönheit nähert, denn bei den Stenoplastikerinnen kommen die so häufig bei den Asthenikerinnen vorkommenden Degenerationszeichen und -Erscheinungen so gut wie überhaupt nicht vor. Doch muß hervorgehoben werden, daß der pyknische Typus in ernste Konkurrenz mit dem stenoplastischen tritt, insofern es sich darum handelt, zu entscheiden, welcher der beiden Typen der echt weibliche sei, bei welchem von beiden die „Urweiblichkeit" der Frau am besten hervortritt.

Die Sache ist so, daß der pyknische Konstitutionstypus mehr als alle anderen KTypen des Weibes die charakteristisch weibliche Eigenschaft der gleichmäßigen, die Körperformen abrundende Fettablagerung aufweist, eine Eigenschaft, die scharf den weiblichen Körperbau von dem männlichen unterscheidet. Die Weiblichkeit und die Schönheit des Körperbaues der Frau kommt eben von dieser die Körperformen abrundende Fettablagerung her, und es liegt die Möglichkeit vor, die Schönheit des weiblichen Körpers, physiologisch gesprochen, als eine „Fettschönheit" zu bestimmen zum Unterschied von der männlichen Schönheit, die als „Muskelschönheit" zu bezeichnen wäre, da eben die besondere Entwickelung der Muskulatur, einer gleichmäßigen, stark hervortretenden Entwickelung am ganzen Körper, die charakteristisch-athletische Körperschönheit des Mannes bedingt.

Ungeachtet dessen, daß der pyknische Konstitutionstypus der Frau, als einer der mesosomen Typen, eine Körperentwickelung aufweist, die mehr in die Breite als in die Länge geht, so zeichnen sich sämtliche Gewebe der Pyknikerin, auch das Knochengewebe, durch ihre Zartheit aus. Die Zartheit des Körperbaus der pyknischen ist besonders leicht an ihren Extremitäten abzulesen, die nicht selten direkt an infantile Extremitäten erinnern.

Bei einer mehr detaillierten Beschreibung des Körperbaus der Pyknikerin ist zu verzeichnen, daß der Kopf bei ihr rund, mehr brachy- als dolichozephal ist. Das Gesicht ist etwas voll, abgerundet, hat nicht selten die Form eines Schildes mit fünf mehr oder weniger hervortretenden geometrischen Punkten (s. genauere Beschreibung bei *Kretschmer*). Besonders deutlich tritt diese Schildform des Gesichts bei älteren Pyknikerinnen hervor, bei denen sich die Konturen des Gesichtsskeletts deutlicher hervorheben. Bei jungen Pyknikerinnen mit vollem Gesicht ist es schwerer, den „Schild" am Gesicht zu sehen, obwohl man ihn sich auch dann beim Wunsch merken kann.

Der Hals der Pyknikerinnen ist kurz, die Schulter eher breit, abgerundet, der Thorax — zylindrisch, der Bauch — rund, das Becken breit, typisch-weiblich; am Unterbauch, Schamgegend, Nates usw. gleichmäßige, charakteristische Fettablagerungen. Die Oberschenkel sind rund, der Schenkelschluß vollständig; die Haut ist überall zart, glatt. Bei vielen Pyknikerinnen ist eine Neigung zu Hypertrichose zu verzeichnen; doch geht diese Hypertrichose außerordentlich selten in eine solche von männlichem Typus über.

Die charakteristisch weiblichen Modulationen treten überall am Körper der Pyknikerinnen recht deutlich hervor. Am Rücken begegnen wir zwar selten, aber immer noch häufig genug den akromialen Grübchen, die außer ihrer ästhetischen Bedeutung praktisch für die Bestimmung der akromialen Punkte bei der Messung der Rückenbreite in Betracht kommen. Die Kreuzgrübchen mit den Umrissen der Rautengrube, die Krümmungen der Wirbelsäule usw. sind schön weiblich ausgesprochen.

Im Gegensatz zum pyknischen Typus ist der andere mesosome Typus — der mesoplastische — nicht soviel durch seine Zartheit als im Gegenteil durch seine Widerstandsfähigkeit, Ausdauerkraft, Angepaßtsein an physische Arbeit ausgezeichnet, so daß dieser KT. sich als der Typus der physisch arbeitenden Frau, der Arbeiterin, der keine Arbeit schwer fällt und die sich gern auf jede Arbeit wirft, präsentiert.

Entsprechend der Anpassung der mesoplastischen Frau an die physische Arbeit ist ihr Körperbau von dem der Pyknikerin grundverschieden. Die mesoplastischen Frauen sind von mittlerer Körpergröße, kräftig gebaut mit mittelmäßig entwickelter, aber kräftiger Muskulatur, sehnig, knochig, mit schwacher Fettentwicklung. Das Gesicht derMesoplastikerin ist breit,oft breiter als bei den Pyknikerinnen und ist niemals so richtig abgerundet wie bei diesen letzteren. Überhaupt ist das Gesicht der Pyknikerinnen als Ganzes und die einzelnen Gesichtszüge selten schön gestaltet. Sehr oft kommt bei ihnen Hypoplasie des unteren oder des unteren und mittleren Gesichtsteils vor.

Die Haupteigentümlichkeit des mesoplastischen Gesichts ist die starke Entwickelung der Jochbogen, infolgedessen das Gesicht als sehr breit scheint. Die Hyperplasie der Jochbogen ist für den mesoplastischen Typus so charakteristisch, daß man sie als eine charakteristische Grundeigenschaft betrachten kann, in gleichem Maße z. B., wie das Winkelprofil für das asthenische Gesicht. Das mesoplastische Gesicht kann darum direkt als Jochbogengesicht bezeichnet werden.

Die Körperhöhlen sind beim mesoplastischen KT. eher breit,

der Schädel brachyzephal, die Knochen des Schädels scheinen nicht kräftiger als die Gesichtsknochen entwickelt zu sein.

Ungeachtet dessen, daß die Fettablagerung, die für die Abrundung der weiblichen Körperformen so notwendig ist, bei den Mesoplastikerinnen so gut wie fehlt, so fehlt es doch den Mesoplastikerinnen an Weiblichkeit nicht, und sie sind sogar oft die typischen Repräsentantinnen des weiblichen Körperbaues. Bei der Mehrzahl der Mesoplastikerinnen gibt es genug Fettgewebe, um eine gewisse weibliche Abrundung der Körperformen zu erreichen. Maskuline Züge in Körperbau und Charakter und Degenerationszeichen sind bei Mesoplastikerinnen verhältnismäßig selten, was darauf hinweist, daß der mesoplastische KT. der Frau ein normaler, der physischen Arbeit angepaßter KT. ist.

Das wird uns besonders klar werden, wenn wir an die Beschreibung des megalosomen (athletischen) KT. der Frau treten, mit dem athletischen Typus sensu stricto beginnen und mit ihm den mesoplastischen KT. vergleichen.

Die megalosomen Typen unterscheiden sich, soweit es das allgemeine Wachstum des Organismus betrifft, von den steno- und mesosomen Typen dadurch, daß bei den ersterwähnten megalosomen Typen keine prävalierende Tendenz in die Länge (stenosome Typen) oder in die Breite (mesosome Typen) zu wachsen vorhanden ist, sondern das Wachstum geht bei ihnen meist nach allen Richtungen mit der gleichen Intensität vor sich. Natürlich fehlt es hier an Ausnahmen, die die Regel bestätigen, nicht, so daß wir hie und da kurzwüchsigen athletischen Typen begegnen.

Der athletische KT. der Frau zeichnet sich dadurch aus, daß bei ihm die für die Frau charakteristische Weiblichkeit fehlt, so daß die athletische Frau der Typus einer maskulin entarteten Frau ist. Solche Frauen zeichnen sich durch eine starke maskuline Entwickelung des Muskel- und Knochensystems aus und wegen des Mangels an Fettgewebe, das die Körperformen abrunden soll, sehen diese Frauen, besonders bei einer gewissen Unterentwickelung der sekundären Geschlechtsmerkmale, stark maskulin aus. Gewöhnlich weisen diese Frauen einen Haarwuchs von maskulinem Typus (maskuline Hypertrichose), eine gewisse Unterentwickelung der äußeren und inneren Geschlechtsorgane, einen niedrigen Damm, ein Becken von maskulinem Bau, männliche Gesichts- und Charakterzüge, einen männlichen Timbre der Stimme usw. auf. Funktionell sind bei ihnen eine späte Menarche und Dysmenorrhöen festzustellen.

Im Gegensatz zum athletischen Typus ist der subathletische

KT. der Frau ein echt weiblicher KT. bei Anwesenheit eines athletischen Körperbaus. Es sind groß gewachsene, stramme, kräftig gebaute Frauen mit stark entwickeltem Skelett bei verhältnismäßig mittlerer Muskel- und Fettentwickelung. Um den Leser nicht mit weitschweifigen Schilderungen zu ermüden und ihm dennoch das lebendige Bild der Subathletikerin vor Augen zu führen, wird es genügen wenn ich sage, daß der subathletische KT. der stenoplastische Typus auf athletische Dimensionen gebracht sei und daß der subathletische KT. der weiblichen Reize, die dem athletischen Typus s. s. fehlen, nicht beraubt ist.

Was den euryplastischen KT. anlangt, so kann er kurz als der Typus einer „durchfetteten“ Athletikerin gefaßt werden. Bei der Euryplastikerin finden wir neben den athletischen Stigmen des Skeletts, der Muskulatur usw. eine starke Fettentwickelung, die die Euryplastikerin der Pyknikerin nahe bringt, welch letztere in der mesosomen Gruppe der Prototypus der Euryplastika in der megalosomen Gruppe ist in gleicher Weise, wie der mesoplastische KT. seinen Prototypus in dem athletischen KT. hat. Demnach bildet unser KTS. eine „Leiter von Typen“, da man berechtigt ist, zu glauben, daß die athletischen Typen aus den Prototypen in den steno- und mesosomen Gruppen ihren Ursprung haben und zwar der athletische s. s. im mesoplastischen, der subathletische im stenoplastischen und der euryplastische im pyknischen Konstitutionstypus. Leider liegt hier nicht die Möglichkeit vor, das hier angeschnittene Problem der Entwickelung der Typen einer Ordnung aus solchen einer anderen Ordnung näher zu erörtern und auf seine Wahrscheinlichkeit zu prüfen.

Unsere KT. sind nicht einfach morphologische, sondern psychophysische Typen. Ich möchte darum ganz kurz die Psychokonstitution der einzelnen KT. kennzeichnen.

Die asthenischen geben das Bild psychischer Zustände, wo Schamhaftigkeit, Ängstlichkeit, Psychinversion, innere Spaltung und Willensschwäche, Apathie und Depression die Grundzüge sind, die die Psyche des asthenischen als Ganzes bestimmen. Diese psychischen Eigentümlichkeiten der asthenischen praedisponieren sie für Geisteskrankheiten, was die Ursache einer großen Menge von psychisch abnormen und geisteskranken unter den asthenischen ist. Bei den stenoplastischen fehlen die psychischen Eigentümlichkeiten der asthenischen ganz oder sie sind nur angedeutet und die stenoplastischen Frauen zeichnen sich nicht selten durch ihren Verstand und Willensstärke aus, so daß sie hie und da die begabtesten unter den Frauen sind. Die Mesoplastikerin ist fleißig, fühlt sich zu jeder physischen (nicht selten auch

psychischen) Arbeit hingezogen. Sie ist besonders zum ruhigen Familienleben geneigt und fühlt sich nirgends so wohl wie im engen Familienkreis ihrer Kinder. Je nach dem Temperament und den Lebensgewohnheiten ist sie entweder mehr gesellig oder mehr zurückgezogen und völlig in ihre Arbeit versenkt. Mit einem Wort, die Mesoplastikerin ist der Typus der „Frau-Arbeiterin", ist der „Arbeitstypus" der Frau.

Die Pyknikerinnen zeichnen sich durch eine besondere Zartheit ihrer Gefühle, durch einen hohen Grad von Passivität mit einer daraus resultierenden Ergebenheit, einer mittelmäßigen intellektuellen Begabung und Neigungen, die der Frau von der Natur selbst vorgezeichnet sind, aus; auch Liebe, insbesondere mütterliche Liebe, spielt im Leben der Pyknikerin eine hervortretende Rolle, und sublimiert die Pyknikerin ihre Liebe, indem sie den Überfluß ihrer psychischen Energie auf Kunst und Wissenschaft richtet, so erreicht sie nicht selten auf diesen Gebieten gewisse Stufen der Vollkommenheit.

Die athletische Frau weist viele männliche Züge auch in ihrem psychischen Leben auf; die Subathletikerinnen nähern sich ihren psychischen Eigenschaften nach den Stenoplastikerinnen; die euryplastischen Frauen zeichnen sich durch eine gewisse Schwerfälligkeit sowohl in ihren Bewegungen wie in ihren psychischen Offenbarungen aus, eine Eigenschaft die uns veranlaßt hat, von der Elefantennatur der euryplastischen Frauen zu sprechen. Diese elefantenartige Schwerfälligkeit in der psychischen Natur der Euryplastikerin findet ihren Ausdruck in einer unerschütterlichen Hartnäckigkeit, die dem Arzt nicht selten seine Heilarbeit erschwert, wenn diese Arbeit darauf gerichtet ist, die Pat. von mancher ihre Gesundheit schädigende Gewohnheit abzubringen. Im allgemeinen aber passen sich die Euryplastikerinnen leicht an das Milieu an, da sie gesellig sind und wenig Anlaß zu Reibungen und Klagen darbieten. *Heines* Wort: Er war ein dicker Mann, also ein guter Mann, findet seine Bestätigung auch bei den dicken, euryplastischen Frauen. —

Letzthin habe ich in der Provinzialirrenanstalt Gedeonowka bei Smolensk Konstitutionsforschungen an Männern unternommen, um festzustellen, ob die von mir bei den Frauen unterschiedenen Konstitutionstypen auch bei Männern aufzufinden seien. Dabei konnte ich feststellen, daß auch bei Männern die gleichen Konstitutionstypen wie bei den Frauen vorhanden sind, nur sind die Verhältniszahlen der einzelnen Typen bei den Männern ganz andere als bei den Frauen. So kommen bei Männern die megalosomen Typen in größerer Zahl als bei den Frauen, bei denen die mesosomen Typen, hauptsächlich der pyknische Typus, überwiegen, vor, was ja leicht seine Erklärung darin

findet, daß der „Athletismus“ die Grundeigenschaft des Männlichen, während der „Pyknismus“ die eigentliche Frauennatur des Weibes ist.

Dadurch erklärt sich auch der Umstand, daß unter den Männern eben die Pykniker am meisten feminine Züge aufweisen, oftmals auch die stenosomen und Subathletiker, die sich manchmal durch Zartheit auszeichnen und nicht wenig Feminines aufweisen. Außerdem sind bei den Pyknikern häufiger als bei den anderen Typen Infantilismen anzutreffen, was wiederum dadurch leicht zu erklären ist, daß die Frauen, wie bekannt, zu Infantilismus geneigt sind und der pyknische Typus des Mannes als der am meisten feminine Typus beim Manne weist auch mehr als gewöhnlich Infantilismen auf.

Was die psychischen Eigenschaften der einzelnen KT. des Mannes betrifft, so entsprechen sie im großen und ganzen den gleichen bei den einzelnen Typen der Frau, wenn es auch hervorgehoben werden muß, daß Unterschiede, die durch die psychosexuelle Natur eines jeden Geschlechts gegeben sind, in großer Menge vorhanden sind.

Bei der Anwendung meines KTS. in der Psychiatrie führte ich meine Untersuchungen an 200 Fällen — 100 Männern und 100 Frauen — aus. Alle diese Patienten gehören der Gruppe der Dementia praecox an. Diese meine Wahl des Materials findet seine Erklärung darin, daß die Konstitutionsfragen in der Psychiatrie hauptsächlich mit der Dementia praecox verknüpft sind, andererseits gibt es nur hier die Möglichkeit, eine derartige Zahl der Fälle zu sammeln, daß sie irgend welche Schlußfolgerungen erlauben.

Die Untersuchungen *Kretschmer*s und seiner Anhänger, die sein Konstitutionstypensystem in der Psychiatrie angewendet haben, führten zu folgenden Resultaten.

1. Unter den Kranken der Dementia praecox-Gruppe obwaltet die asthenisch-athletische Gruppe über die pyknische.

2. Unter den Manisch-Depressiven ist die Zahl der Pykniker viel bedeutender als die der Astheniker und Athletiker.

3. Die Dementia-praecox-Gruppe weist eine große Zahl Dysplastiker auf, während bei dem zirkulären Irresein Dysplastiker eine große Seltenheit sind.

Die Autoren, die zu solchen Schlußfolgerungen gelangt sind, sprechen nicht davon, ob sie ihre Untersuchungen an männlichen, an weiblichen oder an Personen beider Geschlechter ausgeführt haben, so daß man denken muß, daß diese von den Autoren festgestellte Gesetzmäßigkeit für beide Geschlechter in gleicher Weise gilt. Unterdessen spricht die Natur, die nicht wenig Unterschiede zwischen Mann

und Weib geschaffen hat, gegen eine solche über beiden Geschlechter in gleicher Weise waltenden Gesetzmäßigkeit.

Ich habe schon davon gesprochen, daß unter den Konstitutionstypen der pyknische Typus der eigentlich weibliche Typus ist, während der athletische Typus der eigentlich männliche ist. Diese unsere Feststellung führt uns leicht zu der Vermutung, daß wir unter den Frauen mehr Pyknikerinnen, unter den Männern mehr Athletiker finden werden.

Und tatsächlich war es auch so. Unter den 100 von mit untersuchten männlichen Präcoxen zählte ich 19 Pykniker und 35 Athletiker (17 Athletiker S.S., 9 Subathletiker; 10 Euryplastiker), unter den 100 Frauen hingegen zählte ich 38 Pyknikerinnen und nur 7 Fälle der megalosomen Gruppe (2 Athletikerinnen S.S., 3 Subathletikerinnen und 2 Euryplastikerinnen). Schon dieser Umstand allein für sich spricht dafür, daß die von den Autoren festgestellte Gesetzmäßigkeit, wonach die „asthenisch-athletische" Gruppe bei den Schizophreniefällen vorwiegt, nicht in gleicher Weise für Männer und Frauen gilt. Übrigens existiert diese Gesetzmäßigkeit überhaupt nicht.

Unter den Kranken der Dementia-praecox-Gruppe konnte ich Vertreter sämtlicher Konstitutionstypen feststellen, ein Überwiegen aber der „asthenisch-athletischen" Gruppe konnte ich selbst unter den Männern nicht finden. Die stenosome und megalosome Gruppe zusammengenommen (die „asthenisch-athletische" Gruppe der Autoren) gibt 53%bei Männern (also etwas mehr als die Hälfte) und 32% bei Frauen, d. h. diese Gruppen überwiegen bei Frauen in keiner Weise, sondern geben der mesosomen Gruppe, die durch die Zahl 56% vertreten ist, nach.

Auch ist die Behauptung, daß unter den Schizophrenikern die Dysplastischen in großer Zahl vorkommen, unrichtig. Unter den Dysplastischen versteht *Kretschmer* nicht nur diejenigen Typen, bei denen einzelne dysplastische Züge, sogen. Ektypien, vorkommen (z. B. dysplastisch breites Gesicht, dysplastische Fettablagerung usw.), sondern auch allgemeine Konstitutionsanomalien, wie z. B. eunuchoide Typen, infantile Typen usw. Bei einer solchen Ausdehnung des Begriffes „dysplastisch" müssen natürlicherweise unter den Schizophrenikern viele „Dysplastiker" vorkommen. Schließen wir aber die echten Konstitutionsanomalien und diejenigen Fälle, wo manche dysplastische Züge als Ektypien irgend einem normalen Typus anhaften, aus der Zahl der „Dysplastischen" aus, so wird die Zahl der Dysplastischen unter den Schizophrenen minimal. Unter den 100 von mir untersuchten Frauen fand ich sieben Fälle von allgemeiner Konstitutionsanomalie (2 Eunuchoide; 2 Infantile; 2 Intersexuelle; 1 Myxö-

dematose) und fünf dysplastische, die noch immerhin ihre Angehörigkeit zu diesem oder jenem normalen KT. verraten. Unter den schizophrenen Männern fand ich noch weniger Konstitutionsanomalien, und zwar nur zwei Fälle von Eunuchoidismus, ein Fall allgemeiner, pluriglandulärer Störung und 10—15 Dysplastiker, die es mir bei näherer Untersuchung auf die einzelnen normalen Konstitutionsgruppen zu verteilen gelungen ist.

Wie konnte es nun geschehen, daß *Kretschmer* und seine Anhänger ein starkes Überwiegen der „asthenisch-athletischen" und „dysplastischen" Typen unter den Präcoxen feststellen konnten? Nach *v. Rohden* und *Gründler* [1]) z. B., die aus der Literatur 1294 Fälle zusammengebracht haben, sind unter 972 Schizophrenikern 81,9% asthenisch-athletisch und dysplastisch! Wie wäre diese auffallende Zahl zu erklären?

Man könnte dieses nur so erklären, daß das *Kretschmer*sche KTS. so weit flexibel ist, daß es alle möglichen unwahrscheinlichen Konstruktionen erlaubt. Ist denn der Begriff „asthenisch-athletisch" keine solche Konstruktion? Und welche Konstruktionen erlauben denn die „gemischten Formen" *Kretschmers* nicht? Aus diesem Grunde und auf Grund meiner eigenen Untersuchungen möchte ich behaupten, daß wir es bei *Kretschmer* und seinen Anhängern mit einer künstlichen Konstruktion zu tun haben, die eine besondere Disposition der Astheniker, Athletiker, der dysplastischen und „asthenisch-athletischen" Mischformen zur Schizophrenie annimmt. Nimmt man es mit der Bestimmung der Konstitutionstypen etwas strenger, so kommen wir zu ganz anderen Resultaten.

Sprechen wir von beiden Geschlechtern zugleich, so müssen wir sagen, daß die Anfälligkeit für Schizophrenie bei allen Konstitutionstypen ungefähr die gleiche sei. Etwaige Unterschiede sind nur in der Form der Erkrankung bei den verschiedenen KTypen festzustellen, Unterschiede, die durch die psychokonstitutionellen Eigenschaften der verschiedenen Fälle leicht ihre Erklärung finden. So z. B. die Astheniker und manche ihnen nahestehende Stenoplastiker, die psychokonstitutionell invertiert sind und von vornherein autistische Neigungen aufweisen, erkranken meist schwer schizophren und verfallen leicht kataton-stuporösen Zuständen, während Pykniker mit ihrer Neigung zu Geselligkeit, Expansivität und lebhafter Affektivität die lebhafteren Formen der Schizophrenien die paranoiden, zirkulären paraphrenen usw. Formen fördern.

---

[1]) *v. Rohden* und *Gründler*, Über Körperbau und Psychose. Z. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 95, H. 1—2.

Ich glaube die *Kretschmer*sche Konstitutionsmythologie etwas gelüftet zu haben. Eigentlich läßt *Kretschmer* alle Konstitutionstypen an der Schizophrenie teilnehmen, schließt nur den pyknischen Typus aus oder läßt ihn durch eine ganz enge Spalte in die Schizophrenie hineinblicken. Wenn wir aber nicht alle Typen, wie *Kretschmer* es tut, in einen einzigen großen, „asthenisch-athletischen" Topf zusammenwerfen, um ihm den pyknischen Typus gegenüberzustellen, sondern die einzelnen Typen richtig analysieren, so wird sich herausstellen, daß die Prozentzahl der Pykniker der Zahl mancher anderer Typen unter den Schizophrenikern nicht weit nachsteht, besonders, wenn man beide Geschlechter zugleich in dieser Hinsicht untersucht. Das hervorzuheben und nach Kräften zu beweisen, war Ziel dieser Arbeit.

Konstitution und Psychose[1]).

Von

Primararzt Dr. **Artur Schönfeld.**

Trotz der bedeutenden Fortschritte, welche die psychiatrische Wissenschaft, gleich den anderen medizinischen Spezialzweigen, in den letzten zwei Jahrzehnten unleugbar aufzuweisen hat, war eine gewisse Stagnation im wissenschaftlichen Leben dieser Disziplin eingetreten. Die Errungenschaften der hirnanatomischen Forschung, die so vielverheißend einsetzte, konnten die Erwartungen doch nicht erfüllen, welche vom Seelenarzt, insbesondere dem der mehr praktischen Seite der Psychiatrie zugewandten, in sie gesetzt wurden. Der schwerfällige Gang der mikroskopischen Untersuchungsmethoden, die Imponderabilien, welche sicherlich weitgehende Differenzen zwischen lebender und toter Hirnsubstanz bedingen, lassen es begreiflich erscheinen, daß es bisher nicht möglich war, das anatomische Substrat für längstbekannte psychische Symptomenkomplexe, wie Amentia, Melancholie, Paralyse und Paranoia zu schaffen, ebensowenig wie für die *Kraepelin'*sche Systematik der schizophrenen Krankheitsbilder (Dementia praecox), so daß wir bloß einen einzigen fest umrissenen psychischen Krankheitsprozeß aus dem mikroskopischen Befund als solchen zu diagnostizieren imstande sind. Es ist dies die familiäre amanurotische Idiotie, sowohl die infantile als juvenile Abart derselben. *Bielschowfsky* bleibt das Verdienst, uns diese Erkenntnis gebracht zu haben.

Da erhielt die wissenschaftlich-psychiatrische Forschungsrichtung, namentlich der letzten Jahre, frische Impulse, zunächst von der Serologie, der Vererbungsbiologie, der Endokrinologie und anderen medizinischen Disziplinen. Zuletzt war es ihr aber vergönnt, Großtaten auf eigenem Gebiet zu vollbringen und das von den Nachbarzweigen Erhaltene mit Zinsen zurückzuerstatten und anregend und

---

[1]) Nach einem Vortrag, gehalten im Brünner ärztlichen Verein am 19. Dezember 1928. Aus der mährischen Landesirrenanstalt in Brünn. (Direktor Dr. *Alois Papírník.*)

fruchtbringend nach allen Richtungen hin zu wirken. Die Namen *Economo*, *Freud*, *Kretschmer* und *Wagner-Jauregg* reden eine allgemein verständliche Sprache. Ich gestatte mir Ihnen die Resultate zu unterbreiten, welche mehrjährige Körperbauuntersuchungen im Sinne *Kretschmers* an Psychosen, insbesondere an solchen des schizophrenen Formenkreises, zutage förderten. Da seit der ersten Veröffentlichung der *Kretschmer*schen Lehre bereits mehrere Jahre verflossen sind und die einschlägige Literatur bedeutend angewachsen ist, glaube ich, daß die von uns erhobenen Befunde, verglichen mit den in anderen Ländern erzielten Ergebnissen, geeignet sind, zur Klärung der Konstitutionsfrage einigermaßen beizutragen. Die von *Kretschmer* gebrauchten Termini, wie asthenisch (leptosom nach *Weidenreich*), pyknisch (eurysom) usw. sind bereits Allgemeingut des Mediziners geworden und finden allenthalben Anwendung. So verwenden auch wir seit einigen Jahren zur Bestimmung des Körperbautypus die *Kretschmer*schen Benennungen.

Wenn ich unser Material (Tabelle A, B, C), gewonnen an 232 Männern und 303 Frauen in Vergleich setze zu den Zahlen *Kretschmers* und anderer Autoren, ergibt sich, daß unser Prozentsatz von 48,9 leptosomen Schizophrenen von den Zahlenwerten der meisten Autoren abweicht. So fand *Kretschmer* 70.3% bei seinen Tübinger Kranken; *Michel* und *Weeber* konnten in Graz 74.3% feststellen, während andere Untersucher höhere, beziehungsweise niedrigere Werte als wir erhalten haben, z. B. *Kolle* (in Schwerin) 40%, *Möllenhof* gar nur 18.6% Leptosome unter seinen Leipziger Schizophrenen. Dysplastische hat *Kretschmer* unter 175 Schizophrenen 19.4% gefunden, wir unter 188 bloß 14, was 7.4% entspricht. Unsere Zahlen für die pyknischen Schizophrenen lauten: 72, d. h. 38.29%. *Kolle*-Schwerin steht mit 30% der pyknischen Formen unserer Zahl viel näher.

Wer eine größere Anzahl Menschen mit Bandmaß, Kranio- und Pelvimeter untersucht hat, erkennt bald, daß *Kretschmers* Typenbestimmung mitunter nicht ausreicht und daß eine nähere Klassifizierung, z. B. in pyknisch-hypoplastische oder asthenisch-infantile und ähnliche Formen notwendig wird, um einer scharfen Abgrenzung näher zu kommen. So ist wohl manche Differenz bei den Autoren zu erklären.

Auf diese Weise ist dem Untersucher ein gewisser freier Spielraum in der Typenbestimmung überlassen. Wir haben uns im allgemeinen an die von *Kretschmer* für die Männer festgelegten Konstitutionsformen gehalten. Dies auch deswegen, um bei Vergleichen

Tabelle A.

Schizophrenia Männer	Zahl der Typen:				Höhe: cm		Gewicht: kg		Brustumfang cm	Schulterbreite cm	Sagittaldurchsch. cm
	Leptosomathl.	Dyspl.	Pykn.	Unchar.	Leptos.	Pykn.	Leptos.	Pykn.	Pykn.	Leptos.	Leptos.
Kretschmer (Tübingen) . .	70.3%	19.4%	2.8%	7.3%	168.4	167.8	50.5	68.8	94.4	35.5	18.8
Michel u. *Weeber* (Graz) . .	74.3%	5%	17.1%	0.7%	167.8	163.8	59.6	70.4	94.1	36.9	19
Kolle (Schwerin)	40%	4%	30%	26%	166	166	54	72.7	96.8	35	18.2
Möllenhof (Leipzig)	18.6%	20.7%	5%	55.7%							
Henckel (München)	86%	11%	2%	1%	169.5	167.9	52.5	73.9	100.2	36	18.5
Verciani (Lucca)	59.3%	10.8%	22.9%	6.9%							
v. Horst (Groningen) . . .	66%		4%	30%	171.4	170.8	66.7	77.4			
Woyrsch (Luzern)	76%	8.8%	9.3%	5.7%	165.4		56				
v. Rhode (Halle)	72.3%	15.5%	6.8%	5.4%	165.9	165.8	50.9	67.2	92.3	34.8	18.5
Olivier (Düren)	59.4%	12.5%	23.4%	4.7%	165	165.5	49	66	94.5	35.5	18.7
Hagemann (Kiel)	75.5%	5.2%	6.5%	12.8%	167.4	168	53.2	78.5	89.5	37.5	18.3
Schönfeld (Brünn)	48.9%	7.4%	38.29%	5.33%	167.9	163.9	56.2	67.4	89.3	35.9	16.9

Tabelle B.

Männer:	Zahl	Leptos.	Dyspl.	Pykn.	Unch.
Schizophrenia	188	92	14	72	10
	In %	48.93	7.45	38.29	5.33
Psych. circ.	4	1	—	3	—
	In %	25	—	75	—
Paralysis progr.	33	7	—	25	1
	In %	21.21	—	75.76	3.30
Melancholia	8	4	—	3	1
	In %	50	—	37.50	12.50
Epilepsia	30	5	4	20	1
	In %	16.67	13.33	66.67	3.33
Imbecill.	28	6	1	21	—
	In %	21.43	3.57	21	—
Alcoholismus	41	1	1	39	—
	In %	2.44	2.44	95.12	—

die von ihm und den nachprüfenden Autoren erhobenen Resultate heranziehen zu können. Auch seiner Meßmethode sind wir gefolgt und haben seine Konstitutionsschemata benützt.

Durch alle diese Messungen sind wir davor bewahrt geblieben, uns von der Intuition und subjektiven Beurteilung zu sehr leiten zu lassen und gewinnen einen vergleichenden Maßstab für die Konstitutionsverhältnisse in den einzelnen Ländern. Jedenfalls spielen die örtlichen und ethnischen Verschiedenheiten schon beim Gesunden eine Rolle. Sonst wäre es schwer zu verstehen, weshalb bei ein und demselben Symptomenbilde derart weitgehende Differenzen bestehen sollen wie bei *Henkels* (München), der 86, *Vercioni*-Lucca in Italien, der 59.3 und *Möllenhoff* (Leipzig), der nur 18 Prozent vom leptosom-athletischen Schizophrenen feststellen konnte, während wir mit 48.9 einem

Tabelle C.

Frauen:	Zahl	Leptos.	Dyspl.	Pykn. Mischf.	Hypopl. Infant.	Unch.
Schizophrenia	167	82	5	56	21	3
	In %	49.10	2.99	33.54	12.58	1.79
Psych. circ.	14	1		Pykn. 13		
	In %	7.14		92.86		
P. p.	10			Pykn. 10		
	In %			100		
Melancholia	21	2	2	Pykn. 10	7	
	In %	9.52	9.52	47.62	33.34	
Epilepsia	17	2	3	Pykn. 10		Hypopl. 2
	In %	11.76	17.65	58.83		11.76
Imbecill.	28	2		Pykn. 2		Robust. 24
	In %	7.14		7.14		85.72
Parkinson	16	6	Hyp. 5	Pyk. 4		Rob. 1
	In %	37.50	31.25	25		6.25
Alcoholismus	12			12		
	In %			100		
Neurasth.	2	1		Pykn. 1		
	In %	50		50		
Hysteria	5	2	1	1	1	
	In %	40	20	20	20	
Paranoia	5	3		2		
	In %	60		40		
Chorea	2	1		1		
	In %	50		50		
Idiotia	4		2	2		
	In %		50	50		

Mittelwert nahe kommen. Immerhin geht schon aus diesen ungleichen Zahlen hervor, daß mit wenigen Ausnahmen die Feststellung *Kretschmers* „daß die Mehrzahl der Kranken des schizophrenen Formen-

kreises von leptosomem Typus ist", nur bedingt Geltung besitzt. Unsere Zahl vom 5.33 der Uncharakteristischen nähert sich der *Kretschmers* (7.3), *Vercionis* (6.9) und am meisten *Woyrsch* (5.7) und *v. Rhode* in Halle (5.4). Auffallend ist, daß *v. d. Horst* in Groningen 30% unbestimmter Formen findet bei 66% leptosom-athletischer.

Zur Erklärung unseres verhältnismäßig niederen Prozentsatzes (48.6) leptosomer Männer bei den Schizophrenen, denen in entsprechender Weise die höhere Zahl der Pykniker und pyknischer Mischformen gegenüberstehet, müssen die ethnographischen Verhältnisse herangezogen werden, wie sie in den Gebieten herrschen, denen dieses Krankenmaterial entstammt. Die Brünner Heilanstalt bezieht ihre Patienten teils aus den deutschen Gebieten Südmährens, zum größten Teile aber aus den slawischen Siedlungsgebieten Nordwest- und Westmährens. Die südmährischen Deutschen gehören — wo sie in dichter Masse wohnen und eine Vermischung mit den Slaven weniger in Betracht kommt, — der alpinen Rasse an und lassen vorwiegend eurysome Formen erkennen. Dagegen konnte ich in einem Nachbarorte Brünns, dessen Einwohner schwäbischer Herkunft sind, an Gesunden ein Überwiegen der leptosom-athletischen Formen konstatieren, was auch bei den wenigen Schizophrenen in Erscheinung tritt, welche dieser Ort einlieferte. In ätiologischer Hinsicht ist bemerkenswert, daß in fast allen südmährischen Gebieten der Weingenuß eine große Rolle spielt, so daß man glauben sollte, ihn als ursächliches Moment bei der Schizophrenie zu finden, doch ist die Krankenzahl aus dieser Gegend nicht höher als in den slawischen Siedlungen, wo vorwiegend Bier getrunken wird. Eine scharfe Typentrennung nach der Nationalität ist schwer durchführbar, weil Mähren ein Land ist, in welchem beide Nationen seit Jahrhunderten siedeln und sich vermischt haben, so daß von einem Rassentypus, abgesehen von bestimmten slawischen Regionen Mittelmährens, wie z. B. der Hanna oder der mährischen Slowakei, nicht gesprochen werden kann. Unter unseren Kranken kann man den slawischen, blondhaarigen mittelmährischen Leptosomen neben dem deutschen dunkelhaarigen südmährischen Pykniker antreffen, die breitschultrige deutsche Eurysome mit hellem Kopfhaar neben der schlanken Slawin mit braunem Haar und ovalem Gesicht von breiter Schildform neben der Deutschen mit verkürzter Eiform, dann wieder dysplastische slawische und deutsche Epileptiker, vielleicht beide dunkelhaarig, den pyknischen Paralytiker bei beiden Nationen, ohne daß es möglich wäre, die Kranken rassenbiologisch einzuordnen, wie es eben bei einer Mischbevölkerung nicht anders der Fall sein kann.

Da wir unser Augenmerk nicht nur den Schizophrenen schenken, sondern dem gesamten Krankenmaterial, was die Einreihung in die Körperbautypen betrifft, gewinnen wir Vergleiche und ergeben sich Beziehungen zwischen den einzelnen Psychosen zueinander.

Dabei konnte ich erheben, daß von den Paralytikern 75.76% den pyknischen und eurysomen Mischformen angehören und nur 21.21% leptosom waren. Dieses Ergebnis unterscheidet sich bedeutend von *Gründlers* Befunden (Monatsschrift f. Psych. u. Neurol., Bd. 61, 26), welcher paralytische Patienten auf Beziehungen zwischen Konstitution und Krankheit erforscht hat und zu dem Schlusse kommt, „daß eine ausschlaggebende Differenz in der Verteilung der Körperbauformen der Paralytiker gegenüber Nichtparalytikern sich nicht konstatieren läßt". Dagegen möchte ich in dem vorwiegend eurysomen Körperbau des Paralytikers eben jene Faktoren erblicken, die den lebensfrohen, heiteren, genußsüchtigen Pykniker die Hemmungen leichter überwinden lassen, welche den ernsteren, erwägenden, oft autistischen Leptosomen vom infektiös-sexuellen Verkehr zurückkhalten. Diese Annahme findet in einer weiteren Feststellung ihre Stütze. Es ist bekannt, welche enge Beziehungen zwischen Alkoholismus und Paralyse bestehen, daß letztere häufig auch Ethylisten sind und daß die charakteristischen Temperamentsmerkmale, wie sie *Kretschmer* für den Pykniker aufgestellt hat, für die Mehrzahl der Paralytiker in ihrer präpsychotischen Zeit, insbesondere aber für den Alkoholiker, Geltung besitzen, daher diese vorwiegend den eurysomen Typus aufweisen müßten.

Tatsächlich konnte ich 95% Pykniker unter den männlichen Alkoholikern finden, bei den weiblichen einen noch etwas höheren Prozentsatz dieses Typus.

Damit im Einklang steht der Befund von 75% pyknischen Imbezillen, in deren Anamnese sich bei der Mehrzahl Alkoholismus findet, was auch von den 66.6% eurysomen Epileptikern gilt und ihren pyknischen Mischformen.

Unter die Dysplastischen wurden schwer rubrizierbare Formen eingereiht, mißwüchsige und grobgeformte Mischtypen. Zwei von ihnen seien näher beschrieben, ein Schizophrener mit eunuchoidem Fettwuchs und ein solcher von eunuchoidem Hochwuchs.

Der 54jähr. Johann Ce., vorher Schuhmacher, erkrankte im J. 1904 akut. Somatisch wird er als schmächtig beschrieben, mäßig genährt, anaemisch.

1907 wird Patient wiederum nach einem Erregungszustand auf-

genommen, bietet psychisch das gleiche Verhalten wie früher, läßt aber leicht paranoide Ideen durchblicken.

Noch immer wird er als schwächlich, von mäßiger Ernährung geschildert. Vor 6 Jahren aus einer anderen Anstalt übernommen, ist der Kranke im Laufe der Jahre nach wiederholten Phasen schizophrener Prägung in das demente Endstadium des Spaltungsirreseins eingetreten.

Der jetzt unförmlich dicke, plumpe, kleine Patient mit vorgewölbten Fettbauch, weist keine Besonderheit der Kopf- und Bartbehaarung auf, dagegen ist die Behaarung der Genital- und Achselgegend spärlich, Beinbehaarung fehlt fast gänzlich. Das Gesicht von breitem Oval. Trotz seiner Korpulenz ist er ziemlich beweglich, entwickelt im Gegensatz zu früherer Appetitlosigkeit und spärlicher Nahrungsaufnahme einen unheimlichen Hunger, so daß er nicht nur die vielfache Ration verspeist, sondern alle möglichen Abfälle sich zusammenkocht, aufbewahrt und nachts verzehrt. Auffallend die frauenhaft entwickelten Brüste, die Oberschenkel von femininem Typ und Schenkelschluß. Der Penis klein, doch nicht hypoplastisch, die Hoden von Haselnußgröße. Die Fettentwicklung ist seit Jahren zu den jetzigen abnormen Massen angewachsen.

Fall II: (Eunuchoidischer Hochwuchs) Karl Hul. 44 J., Beamter, wurde am 30. VII. 1905 im Alter von 20 Jahren zum erstenmal der Anstalt übergeben.

Körperlich wird er als groß, schwach, grazil beschrieben.

Patient war ungefähr durch 20 Jahre bei seinen Verwandten auf dem Lande haltbar, erst am 18. Dezember 1926, nach einem hochgradigen Erregungszustande, in dem er auch aggressiv wurde, wird er wieder eingebracht. Er bietet das Bild schizophrener Verblödung.

Wiegt derzeit 118 kg, Körperhöhe 185. Zeigt ausgeprägten Fettwuchs, Fettbauch, fast fehlenden Bartwuchs, desgleichen mangelnde Achsel- und Genitalbehaarung. Hoden von Pflaumengröße. Penis 3 cm lang. Schläft schlecht, verunreinigt; sich bisweilen unregelmäßige und mangelhafte Nahrungsaufnahme.

Patient ist infolgedessen somatisch herabgekommen, hat 28 kg an Körpergewicht verloren, weist Pseudooedem der cyanotischen Beine auf (Urinbefund negativ).

Es handelt sich auch in diesem Falle um eine typische Schizophrenie mit Ausgang in Verblödung. In den letzten Jahren vor der Einbringung dürfte infolge endokriner, und zwar sexual-hormonaler Störung die Adipositāt entstanden sein, die infolge von Nahrungsverweigerung derzeit zur Abmagerung geführt hat.

	Fall I Eunuchoider Fettwuchs	Fall II Eunuchoider Hoch-(Fett)Wuchs
Körperlänge	146 cm	182 cm
Körpergewicht	93 kg	118 (79) kg
Horiz. Schädelumfang	57.5 cm	59 cm
Sagit. Durchmesser	18.5 cm	18 cm
Front. Durchmesser	17 cm	19 cm
Vertik. Durchmesser	23 cm	25 cm
Gesichtshöhe	18 cm	21 cm
Gesichtsbreite	16 cm	16 cm
Nasenlänge	4.5 cm	5 cm
Brustumfang	103 cm	92 cm
Bauchumfang	118 cm	94 cm
Hüftumfang	104 cm	94 cm
Handumfang	22 cm	21 cm
Wadenumfang	41 cm	42 cm
Schulterbreite	41 cm	39 cm
Handlänge	63 cm	81 cm
Fußlänge	82 cm	108 cm

Es läßt sich nicht verkennen, daß Alter und Ernährungszustand die körperlichen Formen in einer Weise zu beeinflussen imstande sind, daß sich mitunter Zweifel erheben, in welchen Typus jemand einzureihen sei, den man früher einer anderen Gruppe zugewiesen hatte. Ich habe hier eine zweiunddreißigjährige Schizophrene, eine typische Asthenica, M. S. im Auge, die vor 6 Jahren aus der Anstalt entlassen wurde und unter den schlechtesten Ernährungsverhältnissen als Dienstbote diente. In gänzlich herabgekommenen Zustande, mit einer Infiltration beider Lungenspitzen, kam sie zurück, machte eine Mastkur durch, ging in die Breite und würde derzeit dem Aspekt nach als Pyknika imponieren, wenn nicht die schlanke leptosom-zarte Hand und einige Maße für den früheren Typus sprechen würden. Doch auch diese sind, namentlich bei Frauen, infolge starker Fettansammlung oft problematisch, wenn wir nicht an den mehr fixen Maßen des Skelettes und an der Gesichtsform unterstützende Merkmale fänden.

Ein zweiter, hierher gehöriger Fall ist der eines 50jährigen athletischen Schizophrenen Karl T., eines Hünen von Gestalt, der im Laufe der letzten Monate eine Körpergewichtszunahme von 22 kg aufweist, bei dem man nach erstmaliger Untersuchung des jetzigen Zustandes eine andere Typenzugehörigkeit angenommen hätte. Solche Konstitutionsformen dürften zur Schaffung des Begriffes Weichathletiker Anlaß gegeben haben, bei denen das pyknische Moment in den Vordergrund tritt zum Unterschied von leptosomen Hochathletiker und dem rein eurysomen Breitathletiker.

Scheinbar typenverändernd wirken auch akute Erkrankungen mit rascher Abmagerung oder chronische Tuberkulose ein, sodaß uns der einstige Pykniker dann als Mischform, der Athlet als Leptosom, der Leptosome als asthenisch entgegentritt. Wenn behauptet wird, daß die feste Ausprägung der Typen bereits im Säuglingsalter feststeht, daß erbbiologische Forschungen ihre Heredität nach den *Mendel*schen Regeln erwiesen haben, sehen wir in der Praxis, daß durch endogene und exogene Faktoren sowie Unwelteinflüsse immerhin eine Modifikation des Phaenotypus bewirkt werden kann.

Tabelle D.

	Schizophrenia					Paralys. progr.
	Männer			Weiber		Männer
	Leptos.	Athlet.	Pykn.	Leptos.	Pykn.	
Körpergröße	167.9	170	163.9	156.6	156.2	169
Gewicht	56.2	70	67.4	51.5	54.6	69.67
Kopfumfang horiz.	53.1	56.2	55.2	54.8	54	
Durchmesser sagitt.	16.9	17.4	18	17.6	17.8	
„ frontal.	15.2	17	15.5	15.6	15.1	
„ vertikal.	20.7	18	21.7	21.7	22.2	
Umfang d. Brust	84.7	90	89.3	77.9	82.7	
Umfang d. Bauches	74.1	80	87.5	79.3	82.9	
Umfang d. Hüften	76.4	87	90	69.3	70.1	
Breite der Schultern	35.9	39	37.5	32.5	34.8	
Breite des Beckens	28	30.2	30.7	27.6	27.7	

Wir führen einige Maßzahlen des Vergleiches wegen an, obwohl wir uns bewußt sind, daß einzelne derselben, wie Körpergröße und Gewicht, uns kaum verwertbare Schlüsse zu gestatten vermögen hinsichtlich besonderer Differenzierung (Tabelle D). Kann doch der skelettstarke und gutgenährte Leptosome mehr wiegen als der unterernährte Pykniker, der Athlet beide an Gewicht übertreffen. Ähnlich liegen die Verhältnisse betreffs Körperhöhe bei den leptosomen Konstitutionen. Allerdings geht aus unseren Zahlen in Übereinstimmung mit jenen der Autoren hervor, daß die Leptosomen durchschnittlich höher sind als die Pykniker, was in den Werten 167.9 cm für die ersteren, 163.9 cm für die letzteren zum Ausdruck gelangt. Nach den Befunden besitzen unsere mährischen Typen etwa die Körpergröße der Grazer Schizophrenen *Michel-Weebers* (167.8 u. 163.8) und *Olivers*

(Düren) (165 und 165.5) und nähern sich *Kretschmers* (168.4 und 167.8). Ob die niedersten Zahlen (*Woyrsch*-Luzern 165.4 für Leptosome) und die höchsten Werte (*v. d. Horst*, Holland 171.4 und 170.8) tatsächlich landschaftlichen bzw. rassischen Verschiedenheiten entsprechen, läßt sich schwer beurteilen. Vermutlich sind die Holländer, die zu den größten Typen gehören, über die skandinavischen Länder fehlen uns Daten, außerdem noch wohl genährt, denn ihre Gewichtszahlen von 66.7 kg bei Leptosomen und 77.4 bei Eurysomen werden bezüglich der ersteren von keinem der anderen hier aufgezählten untersuchten Volksstämme erreicht. Den Holländern kommen die Münchener Pykniker nahe (*Henckel*) mit 73.3 und die Schweizer (*Kolle*) mit 72.4, während *Hagemanns* Kieler Pykniker mit dem Durchschnittsgewicht von 78.5 kg einen Rekord erreichen. Die von uns erhobenen Werte von 56.2 (Leptosome) und 67.4 (Pyknische) stehen wieder in der Mitte, gemessen an *Kretschmers* (50.5) oder gar Oliviers (49.—) schlecht genährten Leptosomen; die betreffenden Pykniker weisen die Zahlen 68.8 bzw. 66.— auf.

Die Schulterbreite unserer schizophrenen (35.90) Athletiker (39) und Pykniker (37.5) cm stimmt mit den Zahlen der Eurysomen bei den Autoren im wesentlichen überein, nur *Hagemann* fand in Kiel breiter Gebaute (37.5), ebenso *Kolle* in Jena (37.7).

Die von uns erhobene Beckenbreite bei den Haupttypen ist fast analog den Werten der Autoren, ebenso der Brustumfang der Leptosomen und Athletischen, dagegen dürften unsere Pykniker mit 89.30 die schmächtigsten sein, da selbst *Hagemann* in Kiel 89.5 findet. An erster Stelle stehen die Münchener Eurysomen *Henckels*, die mit 100.2 den breiten, behäbigen Bierbürger dieser Stadt verkörpern. Andere Untersucher finden an Pyknikern 94.4 (*Kretschmer*), 94.5 (*Olivier*), 96.— und 96.8 (*Kolle*).

Auch der von uns festgestellte Hüft- und Bauchumfang läßt unsere Typen um ein weniges schwächlicher erscheinen. Hingegen bietet der Horizontalumfang des Schädels (53.1, 56.2, 55.5) keine erhebliche Abweichung von anderwärts gefundenen Zahlen. Der Sagittaldurchschnitt von 16.9 würde aber den mesozephalen Schädel unserer Leptosomen um etwas kürzer erscheinen lassen als er bei *Kretschmers* Typen (17.6 bzw. 53.6) und *Oliviers* (18.2 bzw. 53.8) der Fall ist, während unsere Pykniker mit 18 bzw. 55.2 den Durchschnittswerten der Autoren entsprechen.

Die Frontal- und Vertikaldurchmesser, 15.2 und 20.7 bei Leptosomen, 15.5 und 21.7 bei Pyknikern, geben ein Bild des verhältnismäßig breiten und mächtigen Gesichtsschädels.

Wir weisen noch auf die Durchschnittswerte anderer von *Kretschmer* geforderten Messungen hin (siehe Tabelle D), desgleichen führen wir die bei den Frauen gefundenen Werte an.

Bei der Bestimmung der weiblichen Konstitutionstypen habe ich an Stelle des athletischen den, dem tatsächlichen Zustand mehr entsprechenden Ausdruck der Robusten verwendet, der Bezeichnung von *Mathes* folgend. Gerade bei der Einreihung der Frauen ist man gewissen Schwierigkeiten ausgesetzt, da asthenische und pyknische Beimengungen einander die Wage halten. *Mathes* (in *Hialbon-Seitz'* Biologie und Pathologie des Weibes) legt dem erwähnten Typus der Robusten körperliche und geistige Stigmen von Intersexualität bei, was seine Erklärung darin finde, daß die athletische Komponente vorwiegend dem männlichen Geschlecht eigentümlich sei.

Die „Zukunftsform und die pralle Jugendform" welche dieser verdienstvolle, leider fri rbene Gynaekologe anwandte, scheinen uns keine — auch in dei ynaekologie nicht — glücklich gewählten oder praktisch brauchbaren Benennungen zu sein.

Bei unseren schizophrenen Frauen möchte ich auf den Prozentsatz von 12,58 hypoplastisch-infantilen hinweisen, die zusammen mit 49,10% leptosomen den 33.54% pyknischen Formen gegenüberstehen. Die Schädelmaße lassen das vorwiegend breite Gesicht der letzteren erkennen.

Eurysome Formen herrschen auch bei alkoholischen und paralytischen Frauen vor, desgleichen bei der Mehrzahl der Epileptikerinnen und Imbezillen. Das Vorwiegen der Pyknischen bei den weiblichen Schwermütigen dürfte in Beziehung stehen zu dem höheren Lebensalter dieser Psychosen, die infolgedessen zum Fettansatz mehr disponieren und meist im Klimakterium sich befinden. Die Frauenärzte haben die Typisierung durch Hinzufügung von Ergänzungsmaßen und Aufstellung neuer Punkte erweitert, ziehen den Winkel der Schenkel- und Beckenneigung in Betracht und haben nachgewiesen (*Sserdjukoff* und *Melnikoff* in 1000 Fällen), daß bei den asthenisch-infantilen Formen die größte Zahl von Komplikationen und Eingriffen unter der Geburt anzutreffen, daß solchen Frauen eine langsamere Involution eigen ist, ihre Kinder leichteres Gewicht besitzen u. ä. Andere ziehen noch weitgehendere Schlüsse und wollen schon in der Sprechstunde nach dem Konstitutionstypus auf das Vorhandensein gewisser Symptomenbilder schließen, wie Dysmenorrhoe, Leukorrhoe, Sterilität, Frigidität usw. und schenken ihre Aufmerksamkeit charakteristischen Veränderungen der Behaarung bei Intersexuellen und dergleichen mehr.

M. E. scheint eine gewisse Vorsicht bei derartigen Schlußfolgerungen geboten und ich möchte als Beleg folgendes Beispiel anführen:

Die 31jährige Berta Gl. entstammt einer hereditär belasteten Familie (Vater, Bruder und Schwester waren geisteskrank, die Mutter ist neuropathisch). Die Psychose besteht seit 10 Jahren, hat das Gepräge eines progredienten Spaltungsirreseins mit dyslogischen und wechselnden Wahnideen und Halluzinationen, meist von Erotismen begleitet. Zeiten autistischen Eingesponnenseins alternieren mit Phasen psychomotorischer Erregung, in denen oft eigenartige Neologismen produziert wurden, wie Ausspruchsgeister, Flatterdamen, Amtsangebot, Kanonenbrillanten und andere. Ihre Stimmung ist labil, aus der depressiven in unregelmäßiger Folge in die hypomanische umschlagend. Bisweilen gereizt, aggressiv. Als Konstitutionstyp steht die Kranke dem eurysomen nahe, am ehesten wäre sie als pyknische Mischform zu bezeichnen. Ihrem Behaarungstypus nach muß sie als Hirsutismus oder Virilismus bezeichnet werden. Ein ansehnliches Schnurrbärtchen „schmückt" die Oberlippe, ein gut ausgebildeter, dunkelbrauner Backenbart umrahmt ihr Kinn und setzt sich beiderseits nach oben in ansehnliche Seitenbärtchen (Koteletten) fort. Die Genitalbehaarung ist übermäßig stark, aber nicht vom femininen Typus abweichend. Die Brüste vollkommen normal entwickelt. Muskulatur und Fettpolster kräftig, aber nicht vom männlichen Habitus. Die Geschlechtsorgane erweisen sich normal (Untersuchung auf der gynaekologischen Klinik). Die Menstruation reichlich, regelmäßig, schmerzlos. Sexualleben ohne Störungen, eher gesteigerte Libido, nicht gleichgeschlechtlich gerichtet. Die Auffassung der sekundären heterosexuellen Merkmale der Kranken als degenerative Stigmata bei einer Schizophrenen entspricht nicht mehr den neuen Forschungen auf endokrinologischem Gebiete, welche derartige Merkmale auf eine Nebennierenrinden-Hyperplasie zurückführen oder eine heterosexuelle Abstimmung des Wachstumhormons der Nebenniere annehmen. Die Verhältnisse liegen keinesfalls so einfach, Vererbungsfragen dürften hier auch eine große Rolle spielen, wofür auch die, über das gewöhnliche Maß eines Bartanfluges hinausgehende Gesichtsbehaarung beider Schwestern der Patientin sprechen würde. Erschiene unsere Kranke in der Ordination eines Gynaekologen, so wäre es nach dem Gesagten gewagt, aus der Körperform und einzelnen anscheinend charakteristischen Konstitutionszeichen auf bestimmte Symptomenkomplexe schließen zu wollen.

In neuester Zeit hat *Vogeler* (Münch. Med. Wchschfrt. 1926 Nr. 4, S. 141) einen neuen, in der Chirurgie besonders wichtigen Konsti-

tutionstyp beschrieben, den er als Status asthenicus adiposus bezeichnet, dessen Symptomenkomplex in seiner vollen Ausbildung auf das weibliche Geschlecht beschränkt ist. Dieser weibliche Typus ist kurz, untersetzt, zeigt breiten Thorax, starkes Fettpolster, massiven Rumpf, kurze Glieder, schwerfälligen Gang. Für den Chirurgen ist dieser Typus von Bedeutung besonders wegen seiner Disposition zu bestimmten Erkrankungen, vor allem zu Umbilikalhernien, ulcus cruris, Kreislaufstörungen aller Art, postoperativen Lungenkomplikationen, Wundeiterungen; kleiner Thorax, hoher Zwerchfellstand und relativ großes Herz. Die dadurch bedingte ungenügende Funktion der Thoraxorgane soll die Kreislaufstörungen etc. erklären. Die Nachuntersuchungen *Hencks* (Münch. Med. Wchschrft. 1926 Nr. 14) bestätigen *Vogelers* Befunde; er meint jedoch, daß *Vogelers* Typ im wesentlichen mit dem pyknischen übereinstimme (Monschrft. f. Psych. u. Neurol. 1927, Bd. 2).

Einen besonderen Frauentypus stellt *Galant* (Moskau) auf im Archiv. f. Frauenkunde und Konstitutionsforschung Bd. 12, 1926) (nach *Menz*, Zblt. f. Psych. u. Neurol. 1927) und bezeichnet ihn als mesoplastischen. Er sei charakterisiert durch unregelmäßiges, in die Breite gezogenes Gesicht mit derben Jochbogen („Jochbogengesicht") und nicht selten mongoloidem Einschlage, das Kinn häufig schwach entwickelt, sodaß das Gesicht gekürzt erscheint, Hals kurz, Brust gewölbt, Muskulatur gut entwickelt. In diesen vorwiegend fleißigen und arbeitsamen Frauen sieht er den eigentlichen Arbeitertyp der Frau.

Beide Formen könnten wir unschwer aus unseren Typen herausschälen, sowohl den von *Vogeler* beschriebenen, als den *Galants* mit den mongoloiden Zeichen. Dieses Breitgesicht der russischen Frauen ist auch bei unseren Typen vertreten, ohne daß ich dafür eine bestimmte Konstitutionsform annehmen würde. Es ist möglich, daß die slawische, insbesondere russische Frau diese Gesichtsform und in Verbindung damit die geschilderten körperlichen Zeichen so häufig erkennen läßt, daß sie den Autor ermutigte, einen besonderen Frauentypus aufzustellen. In einem in der „Wien: Med. Wochenschrift" (1928, Nr. 4) erschienenen Aufsatz wendet sich *Galant* gegen das *Kretschmer*sche K. T. S. (Konstitutionstypensystem) überhaupt und nennt es „das verworrenste, unsicherste und objektiv-fehlerhafteste K. T. S., das es je gegeben hat". Dies hauptsächlich wegen der unbestimmten Mischformen und der sogenannten „nicht rubrizierbaren Formen" und fügt des weiteren hinzu, daß es schon jetzt als eine überwundene Etappe in der Lehre von den Konstitutionstypen des Menschen

betrachtet werden könne. Den historischen Wert des *Kretschmer*schen Systems kenne er wohl an, auch seine Rolle als wichtiges „Anregungsferment“ auf dem Gebiete der verschiedenen Wissenschaften. Sein eigenes System schließe Mischformen aus und ermögliche genaue Rubrizierung. Er unterscheidet drei Konstitutionsgruppen:

I. Die stenosome, bestehend aus dem
   1. asthenischen und
   2. stenoplastischen Typus.

II. Die mesosome mit dem
   1. pyknischen und
   2. mesoplastischen Typus und

III. die megalosome Konstitutionsgruppe mit dem
   1. athletischen,
   2. subathletischen

Konstitutionstypus. Die Asthenika, welcher er die bekannten Stigmata zuschreibt, besitzt — wie alle seine Typen — noch gewisse psychokonstitutionelle Eigenschaften. Die Stenoplastische ist die „robuste Asthenica“. Die Wesenheit der Mesoplastika haben wir schon erwähnt. Der subathletische Typus ist die schmalgebaute Athletika. Die Euryplastika ist die große Frau, dickleibig. In dysplastischen Formen sieht er Konstitutionsanomalien, die nicht in den Rahmen der Typen gehören. Es gebe Übergangsformen, wie sich deutlich aus seiner K. T. L. (Konstitutionslehre) ergebe, sie sei die biologische Grundlage für die Entwicklung der verschiedenen Konstitutionstypen und vermeide so „wilde“ Bezeichnungen wie „asthenisch-athletisch, asthenisch-pyknisch“ usw.

Sicherlich sind die Ausführungen *Galants* beachtenswert und jedem Untersucher der Körperbauformen nach *Kretschmer* werden die Mängel seines Systemes aufgefallen sein. Solange man sich jedoch auf eine einheitliche Terminologie nicht geeinigt hat, ist es nicht möglich die „Verbesserungen“ der Autoren zu berücksichtigen, wodurch einer an dem anderen nur vorbeireden würde. Mancher von ihnen scheint von der Unfehlbarkeit „seines Systems“ überzeugt zu sein, wie *Galant* selbst, der sich in selbstbewußter Weise äußert:

„Die K. T. L. ist die biologische Grundlage für die Entwicklung der verschiedenen Konstitutionstypen, so wie das biologische Grundgesetz *Häckels* die Grundlage für die ontogenetische Entwicklung des Individuums ist.“

Von den differenzierenden Eigentümlichkeiten, die leptosomen und eurysomen Männern eigentümlich sein sollen, sei der Behaarungs-

merkmale gedacht. *Kretschmer* weist auf den dichten Haarwuchs der Asthenischen hin, ihre seltene Glatzenbildung. Eine wirkliche Calvities war bei unseren Kranken bis zu 30 Jahren im Ganzen nur neunmal nachweisbar und zwar bei 4 Leptosomen und 5 Pyknikern. Bei dreien war aetiologisch mit Sicherheit excessive Masturbation zu erheben, bei den Pyknikern war das ursächliche Moment nicht eruierbar. Im allgemeinen kann ich der Ansicht beistimmen, daß die schizophrenen Typen weniger zur Glatzenbildung neigen, welcher Umstand aber weniger durch unsere leptosomen Formen bewiesen ist als durch pyknische Alkoholiker und namentlich Paralytiker. Diese weisen reichlich Glatzenbildung auf, insbesondere sämtliche eurysomen Paralytiker, während die Leptosomen volles Kopfhaar besitzen, einer davon, ein 35jähriger, ist vorzeitig ergraut.

Mauz war der erste, welcher Schizophrene mit pyknischem Körperbau ausführlich beschrieben hat (Zeitschr. f. Psych. u. Neur. 1923, Bd. 86.) Er konstatierte bei ihnen die Tatsache, daß Psychosen von vorwiegend schizophrener Symptomenfärbung nicht in Form eines chronisch fortschreitenden Prozesses verlaufen, sondern nach Art periodisch sich wiederholender Krankheitsanfälle mit relativ guten Zwischenzeiten, teilweise mit Wiederherstellung der Berufsfähigkeit.

Derartige konstitutionelle Beziehungen zum Verlauf des schizophrenen Krankheitsprozesses waren bei einer ziemlichen Anzahl unserer schizophrenen Pykniker vorhanden. Ich könnte ihre Krankheitsgeschichten in Einzelheiten bringen, welche die Ansicht von *Mauz* bestätigen, ich wäre aber auch in der Lage, leptosome Typen mit periodischem Verlauf der Psychose anzuführen. Ob hier an Stelle konstitutioneller Einschläge des Gegentypus das Zirkuläre in der Erbmasse praevaliert, ist eine ebenso unbeweisbare Annahme wie die Tatsache, daß ausgesprochen schizophrene Zerfallserscheinungen in der Persönlichkeit einzelner unserer Eurysomen zur Beobachtung gelangen.

Charakteristische Ergebnisse für die soziale Einstellung liefern Untersuchungen an 125 schizophrenen Männern hinsichtlich ihrer Arbeitsfähigkeit. Von 71 pyknischen und Mischformen sind 34 arbeitsfähig, was 47.89% entspricht, während von 54 Leptosomen nur 6, d. i. 10.90% bei Anstaltsarbeiten Verwendung fanden. Die entsprechenden Zahlen der Arbeitsunfähigkeit bei beiden Gruppen lauten dementsprechend 52.11 und 89.10%. (Tabelle E.)

Um festzustellen, wie die in unserer Anstalt befindlichen, vom Strafgericht überstellten verbrecherischen Kranken sich auf die Konstitutionsform verteilen, habe ich dieselben einer besonderen

Tabelle E.

Männer:				Schizophrenia		Weiber:			
Pyknisch 71		Leptosom 54				Pyknisch 140		Leptosom 86	
17	23.93	3	5.45	Arbeitende:	ruhig, gesellig, heiter	25	17.86	8	9.3
13	18.32	2	3 70		ruhig, ungesellig, einsam	18	12.86	7	8.14
4	5.64	1	1.75		ruhig, gleichgültig, reizbar	30	21.43	12	13.96
34	47.89	6	10.90			73	52.15	27	31.40
17	23.93	20	37 27	Arbeits-unfähige	ruhig, apathisch	23	16.43	22	25.6
12	16.92	18	33.32		unruhig, unstät, reizbar	19	13.57	20	23.25
8	11.26	10	18.51		unruhig, gewalttätig	25	17.85	17	19 75
37	52.11	48	89.10			67	47.85	59	68.60

Untersuchung unterzogen und führe Auszüge aus deren Krankheitsgeschichten an:

1. Fall: Balthasar Ba., 36 Jahre, Schizophren, pyknisch-hypoplastischer Typus oder, wenn wir *Wertheims* Namengebung folgen, von pyknoider Konstitution, Potator. Zwei Brüder von pyknischem Mischtypus, der eine unheilbare katatonische Demenz, der andere an derselben Psychose gestorben. Mutter und zwei Schwestern hypoplastisch-infantil, alle drei psychisch minderwertig, desgleichen ein Bruder des Vaters (von unbekanntem Typus).

Patient ist wegen Homosexualität vorbestraft, jetzt wegen desselben Deliktes eingebracht. In der Anstalt ruhig, zu leichten Verrichtungen brauchbar, weist im Gegensatz zu seinem, dem asthenischen Typus zugehörigen, geisteskranken Bruder einen leichteren Verlauf seiner Psychose auf.

2. Bei. Josef, 29 J., gew. Rechtshörer, von leptosom-athletischem Körperbau. Kollaterale Belastung (Großonkel väterlicherseits geisteskrank, Mutterschwester psychopathisch). Stand wegen Betrug, Falschspiel, Verführung und Vagabundage vor Gericht. Ruhig, überhebend, prahlerisch, selbstbewußt. Zu leichten schriftlichen Arbeiten verwendbar, aber nur während bestimmter, von ihm selbst gewählter Stunden. Mutter pyknisch, Vaters Statur unbekannt.

3. Vos. Cyrill, 28 J., ehem. Herrschaftsdiener, Schizophren mit hysterischen Zügen, pyknischer Mischtypus. Geordnet, fügsam, arbeitsam, wegen Homosexualität angeklagt.

4. Voskr. Franz, 47 J., verheiratet, Schmied. Pyknische Mischform. Alte paranoide Schizophrenie, Brandstiftung, depressive Phasen mit ausgeglichener Stimmung in unregelmäßiger Folge wechselnd. Ist zu leichten Hausarbeiten verwendbar.

5. Oslz. Thomas, 25 J., ledig, „Fakir", Schizophren mit hyster. Einschlag, pyknoid. Diebstahl; nach der Verbüßung seiner Strafe dem Arbeitshaus zugewiesen. Suicidversuch, indem er sich einen Stahldraht in die Herzgegend stieß. Gutmütig, ruhig, zeigt gerne seine Fakirkünste; zu Hausarbeiten verwendbar, sonst arbeitsscheu, gibt selbst zu, daß ihm

sein eigentlicher Beruf (Fleischhauer) zuwider sei. Entwich aus der Anstalt. — Vater Potator, von unbekanntem Typus.

6. Skry. Franz, 26 J., ledig, Monteur, Schizophrener, pyknoid. Eigentumsdelikte, Kasseneinbruch, Strafanstalt, Arbeitshaus. Psychomotorischer Erregungszustand, Grimassieren, Benommenheit. Nach Abklingen akuter Symptome seit Monaten ruhig, versonnen, aber arbeitsam, in der Schlosserwerkstätte beschäftigt.

7. Tut. Franz, 40 J., verheiratet, Zugführer, Parkinsonismus, athletisch, Gewalttätigkeit, Suicidversuche. Charakteristisch postencephalitisches Syndrom. Ruhig, fügsam.

8. Kal. Franz, 40 J., Alkoholismus, verheiratet, Hausierer, pyknisch, Gewalttätigkeit, zerfahren, reizbar, zirkulär; abwechselnd arbeitsam und untätig.

9. Vetch. Maximilian, 33 J., Landarbeiter, Schizophren, pyknisch-athletisch. Brandstifter. Zustände von Apathie wechseln mit Zudringlichkeit. Beschäftigungstrieb; Pseudologia phantastica. Zeigt auch in der Anstalt verbrecherische Absichten, wollte mit einem Mitpatienten ausbrechen, ein andermal gelang ihm die Flucht; derzeit ruhig, fügsam, arbeitet mit der Gruppe.

10. Sip. Franz, 19 J., Beamtensohn, pyknischer Mischtypus, Schizophren, als Moral insanity eingebracht. Anfänglich reizbar, hetzte die Mitkranken auf, rühmt sich seiner kriminellen Handlungen, Autodiebstahl usw. Beruhigt sich, ist fügsam, geordnet; nach kurzem Rückfall wieder zur Gartenarbeit verwendbar.

11. Pcl. Joh., 27 J., ledig, Privatbeamter, Schizophren, pyknoid. Diebstahl. Kriegsinvalide (Granaterschütterung); hysteriforme Krämpfe. Nach Abklingen einer manischen Phase benommen, depressiv, zu Konflikten geneigt, zerfahren, zudringlich, einsichtslos. Ist zu leichten Verrichtungen verwendbar.

12. Sur. Joh., 35 J., dysplastisch, Schizophren, Muttermörder, Tathandlung nach wiederholten Streitigkeiten im paranoiden Affektzustande; zeitweise reizbar, sonst fügsam. Seit 8 Jahren zu leichten Verrichtungen verwendbar.

13. Cvrc. Gottfried, 20 J., Schneidergehilfe, Schizophren, Astheniker. Einmal wegen Betruges, das zweitemal wegen Notzucht angeklagt. Ruhiger, fügsamer Arbeiter.

14. Bru. Franz, 44 J., ledig, Häusler, pyknoid. Rückfälliger homosexueller Schizophrene, war in verschiedenen Anstalten interniert. Stammt aus einer Trinkerfamilie, selbst Potator, fügsam, arbeitsam.

15. Chala. Karl, 40 J., verheiratet, Trafikant, Schizophren mit hyster. Zügen. Leptosom. Wiederholte Gewalthandlungen und Betrug. Unzufrieden, reizbar, nörgelt, schwindelt Briefe durch, macht Fluchtversuche, zudringlich, bedroht die Ärzte persönlich oder mit Advokat und Gericht. Ohne Einsicht. In letzter Zeit fügsam, verträglicher, meldet sich zur Arbeit.

16. Nov. Franz, 19 J., Raseur. Schizophren. Leptosom. Vatermörder im Affektzustand. Nach einer Phase verworrenen, zerfahrenen, unruhigen Verhaltens mit Halluzinationen trat Beruhigung ein; nachher Mutacismus, Negativismus, Nahrungsverweigerung. Im Laufe von $^3/_4$ Jahren körperlich ganz herabgekommen.

17. Schä. Anton, Student, pyknischer Mischtypus. Mordversuch und Betrug im Verworrenheitszustande, nach dessen Abklingen ruhig, zugänglich, fügsam. Beschäftigt sich mit Lesen oder Schachspiel. Nach Monaten dem Vater übergeben.

18. Zel. Albert, pyknoid. Parkinsonismus. Notzuchtsversuch. Moralische Depravation, zudringlich, unleidlich, reizt die Mitkranken, zeigt homosexuelle Anwandlungen. In letzter Zeit ruhiger, hilft ab und zu auf der Abteilung bei leichten Verrichtungen.

19. Filip. Ullrich, 26 J., ledig, asthenisch, dreifacher Mörder und Brandstifter aus Habgier; imbecill, gutmütig, freundlich, hilft auf der Abteilung.

Wenn wir den Fall von Parkinsonismus und Alkoholismus ausscheiden, ergibt sich, daß die Mehrzahl unserer verbrecherischen Geisteskranken dem pyknischen oder einem diesen nahestehenden Typus angehören. Sie sind im allgemeinen gutmütig, der Verlauf ihrer Psychose — die bei einzelnen manisch-depressive oder hysterische Züge aufweist — läßt langdauernde Erregungszustände vermissen, und schließlich erweisen sich alle mehr oder weniger arbeitsfähig. Der asthenische Encephalitiker und pyknische Alkoholiker lassen sich allerdings schwer in diesen Rahmen einfügen. Ersterer ist somatisch zu schwer krank, um arbeiten zu können, letzterer ist ein genießerischer, einsichtsloser Trinker, der immer arbeitsscheu war.

Es gehören demnach von unseren 19 verbrecherischen Kranken 14 dem eurysomen, d. i. 73.60% und nur 5, d. i. 26.40% dem leptosomen Formenkreise an. Dieses Ergebnis ist umso bedeutungsvoller, wenn auch an kleinem Material gewonnen, verglichen mit dem *Michels* (Wr. med. Wochenschr. 1925, Nr. 1). Dieser Autor findet, daß die Gewohnheitsverbrecher in ihrer überwiegenden Mehrzahl dem schizothymen, bzw. schizoiden Formenkreise entstammen. Da er diese Konstitutionstypen in gleicher Weise wie *Kretschmer* zu den Asthenikern in Verbindung setzt, wäre hiemit, nach seiner Meinung, die Erkenntnis gewonnen: „daß sich die Erscheinungen der Verbrecherpsyche mit den Charaktereigenschaften dieses Formenkreises decken". Unsere Resultate sprechen eher für Zusammenhänge des schizophrenen Symptomenbildes mit dem pyknischen Konstitutionskreis. Man wird also gut tun, die Resultate derartiger Untersuchungen mit Vorsicht zu verwerten und die Lösung dieser Frage selbst durch weitere Forschungen zu unterstützen. Diese Lösung scheint nach den Ausführungen von *Lenz* (Graz) (Almanach für soziale Gerichtshilfe 1928) bereits endgültig gefunden, denn dieser Autor spricht sich folgendermaßen aus: „Für die Kriminalbiologie gilt der Leib als die Erscheinung der Seele und die Seele als der Sinn des Leibes. Die Grundzüge des Wesens der einzelnen Verbrecherindividualität spiegeln sich daher in seiner körperlichen Gestalt wider. Diese Betrachtungsweise gestattet

nicht nur die äußeren und die inneren Ursachen des Verbrechers zu ergründen (Diagnose), sie ermöglicht es auch, einen Wahrscheinlichkeitsschluß über die Zukunft des weiteren Lebenslaufes abzugeben". Besonders vorbestimmt zum Verbrechen seien der schwächliche und der athletische Körperbau. Bei beiden seien die gegensätzlichen Temperamente auffällig, Übererregbarkeit einerseits und Stumpfheit andererseits.

Aus diesen Feststellungen werden weitgehende Schlüsse gezogen, Autor hält kriminalbiologische Vorträge in diesem Sinne, indem er an der Hand der äußeren Merkmale die verbrecherische Anlage vorgestellter Delinquenten erklärt.

Auf dieses Gebiet können wir *Lenz* ebensowenig folgen als es uns möglich ist, auf Grund unserer Erfahrungen der Temperamentslehre *Kretschmers* bedingungslos zuzustimmen, aufgebaut auf den beiden Formenkreisen der zyklothymen und schizothymen Konstitution. Halten wir uns zunächst auch nur an die beiden großen Gruppen der zyklothymen und schizothymen Temperamente, so ergeben sich Bedenken, das manisch-depressive Irresein als Basis für die zyklothyme Veranlagung zu wählen und weiterhin von einem pyknischen Temperamentstyp mit allen seinen Attributen zu sprechen.

Unser niederer Prozentsatz der Zyklischen, — (Tab. F.) und wäre er auch so groß, wie bei einzelnen der angeführten Autoren — gibt

Tabelle F.

Im Jahre	Mania		Psych. period.	
	Männer	Weiber	Männer	Weiber
1914	1	5	3	2
15	1	8	2	1
16	—	9	1	1
17	2	10	—	5
18	3	18	2	2
19	7	15	—	5
20	8	3	1	7
21	3	—	2	11
22	6	4	—	10
23	5	3	—	13
24	4	3	—	8
25	15	1	1	14
26	6	1	2	17
27	4	6	10	23

uns nicht die Berechtigung, von Menschen im Umkreis des manisch-depressiven Irreseins zu sprechen. Jedenfalls bestehen Beziehungen des eurysomen Typs zum zyklischen, wie solche des schizophrenen Konstitutionskreises zum Leptosomen. Ob bei ersterem die von *Kretschmer* festgestellten Relationen zu Recht bestehen, bzw. auf den Normalmenschen übertragbar sind, scheint höchst fragwürdig, wenn auch diese Lehre in geschickter, ja bestrickender Form dargeboten wird. *Henkel* hat auf Grund ausgeschickter Fragebogen folgende Zahlen über das Verhältnis von zirkulärer Psychose und Schizophrenie gefunden: Deutschland 23 : 74, Österreich 24 : 76, Rußland 29 : 71. Unsere Zahlen würden etwa 1 : 50 sein.

Wenn wir aber aus einer Zusammenstellung der in unserer Anstalt im Laufe von 14 Jahren aufgenommenen Manischen, eingeschlossen die Periodischen, entnehmen, daß die niedrigen Zahlen dieser Psychosen im Vergleich zu den anderen Geistesstörungen verschwindend klein sind, dann wird man unsere Vorsicht begreiflich finden, das manisch-depressive Irresein in den Vordergrund zu schieben, selbst wenn das Vorkommen nicht anstaltsbedürftiger Fälle auch hierzulande verhältnismäßig häufiger wäre. Um so weniger aber wird es möglich sein, es wegen seines relativ seltenen Vorkommens der so häufigen Schizophrenie gegenüberzustellen und um so weniger erscheint es uns angängig, seinen Symptomenkomplex zum Ausgang eines zykloiden und zyklothymen Temperaments zu machen. Es ist nicht unsere Aufgabe und Absicht diesen Teil der *Kretschmer*schen Lehren weiter zu zergliedern oder zu bekämpfen. Von allen Seiten werden ja die Bausteine herbeigetragen, um das von ihm errichtete Gebäude der Konstitutions- und Charakterlehre auszubauen, anderseits werden Versuche unternommen, dasselbe von anderen Grundsätzen ausgehend umzugestalten.

Schädt hat in der „Münchener medizinischen Wochenschrift" schon 1921 seine Bedenken gegen die *Kretschmer*sche Lehre vorgebracht und insbesondere die Methode der Untersuchung bekämpft, welche anthropometrischen Prinzipien widerspreche. Obwohl *Kretschmer* in seiner Erwiderung eine Vervollkommnung der Meßmethoden nicht ablehnt und als erwünscht bezeichnet, betont er, daß für den Konstitutionsforscher Messung allein nicht das Wesentliche sei, sondern auch Anschauung und Beschreibung. *Ewald* (Ztschr. f. ges. Neur. u. Psych. 1927) wendet sich gegen die Herstellung von Beziehungen zwischen Schizophrenie zum Schizoid, da erstere ein ausgesprochener Krankheitsprozeß sei, während Schizoid nur einen psychopathischen Charakter bedeute. *Bumke* hat betont, daß eine gewisse Gefahr besteht, wenn

man vom kranken Menschen ausgehe, da man auf diese Weise normale Reaktionen als krankhafte ansehen und den Gesunden als Psychopathen bezeichnen könnte. Andere wollten in den Konstitutionstypen Rassentypen erkennen. So hat *Henkel* (Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1924) eine gewisse Übereinstimmung des pyknischen mit dem alpinen Typus gefunden, aber nicht des nordischen und leptosomen. Während andere Forscher *Kretschmers* Typen als Rassentypen des deutschen Volkes auffassen, sind wieder gegnerische Meinungen laut geworden, welche sowohl diese Annahme ablehnen als auch deren Beziehungen zur Morbidität. Da zahlreiche Untersuchungen der neueren Zeit auch mit anthropometrisch einwandfreien Meßmethoden *Kretschmers* Befunde zum größten Teil bestätigen, bleibt die Selbstständigkeit seiner Typen bestehen. Man ist den Einzelheiten der charakteristischen Typenmerkmale weiter nachgegangen, hat Beziehungen zwischen schizophrenen Symptomen und Dysplastischen zu gewissen genitalen Entwicklungshemmungen gefunden. Durch Untersuchung an Schulkindern und Säuglingen, wie dies zuerst *Paul*, *Lydia Lehmann* u. a. taten, hat man bereits an diesen die Körpertypen erkennen wollen. *Michel* und *Weeber* haben, wie erwähnt, die Resultate ihrer Nachforschungen an Strafgefangenen der großen Strafanstalten im Sinne der *Kretschmer*schen Lehre veröffentlicht (Münch. med. Wschr. 1925) und bestätigen seine Typen- und Temperamentslehre. *Casper* gibt auf Grund von Untersuchungen an 6000 Schulkindern an, daß sich schon bei ihnen die Affinität zwischen Körperbau und Temperament gut erkennen lasse. Desgleichen berichtet *Lazar* aus Wien, daß vom 10. Lebensjahre ab die Typen unterscheidbar sind. *Sucharewa* und *Ossipova* aus Moskau haben in der Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 1926 ihre Ergebnisse über Zusammenhänge zwischen Pyschomotorik und Konstitution niedergelegt und kommen zu dem Schlusse, daß auch im Kindesalter eine Einteilung nach *Kretschmer*schen Körperbautypen möglich sei, desgleichen unterscheidet *Lederer* schon Pyknische und Leptosome bei Säuglingen. Eine ähnliche Ansicht entwickelt *Hamburger* (Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1923), *Bauer J.*, (Körperbau u. Ernährung des gesunden Säuglings, Med. Welt Nr. 37, 1928) ernährt pyknische Säuglinge anders als leptosome, die ersteren nämlich mit Milchverdünnungen, die letzteren mit Vollmilch, da die künstliche Ernährung dem Körperbautypus anzugleichen sei. In der inneren Medizin findet die Feststellung, daß das Magenulcus hauptsächlich bei Asthenischen auftrete, immer mehr Verbreitung. *Kolin* (Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1926) findet in der Handschrift der Leptosomen die Hauptmerkmale des schizothymen

Charakters. Das Zwiefache, Gespaltene äußere sich in unorganischen Formungen von Worten, in Isolierungen einzelner Buchstaben und in Übertreibungen der Größe, Form und Richtung, während beim Zyklothymen die Schrift leichter, fließend, abgerundet sein soll und in Wort, Reihe und Gesamtheit als geschlossene Masse wirke. *Klages* und *Haarer* haben an gesunden Körperbautypen graphologische Untersuchungen angestellt und auf bestehende Unterscheidungsmerkmale beider Formenkreise hingewiesen, was *Saudek* in Abrede stellt. *Prinzhorn* suchte Beziehungen zwischen den Typen und der bildnerischen Gestaltung aufzuzeigen. Die Psychomotorik, die soziale Einstellung, die Verknüpfungen mit der Endokrinologie und vieles andere wurde erforscht und ihre Affinität zu den Körperbautypen zu beweisen versucht. Ich will nur erwähnen, daß auf der Wiener Psychiatertagung 1927 u. a. ein Lichtbildervortrag gehalten wurde, in dem die „leptosome Hand" als typisches Merkmal der Asthenischen zur Darstellung gebracht und auch durch Skiagramme auf die Unterscheidungszeichen von der Pyknikerhand hingewiesen wurde. So hat in der mannigfaltigsten Weise die Saat *Kretschmers* ihre Früchte getragen und über das Gebiet der psychiatrischen Forschung hinaus anregend gewirkt. Daß die weitere Öffentlichkeit durch Zeitungsaufsätze über den Inhalt der *Kretschmer*schen Lehre unterrichtet wurde, kann heutzutage fast schon als selbstverständlich gelten. Rassenforscher, wie *Weidenreich* u. a. bauten auf der Basis von *Kretschmers* Forschungen neue Theorien auf und in populären, illustrierten Zeitschriften werden die Körperbautypen durch Abbildungen einem großen Publikum mundgerecht gemacht (*Koralle*, Heft 6, 1927) (Grundtypen der Menschen von Dr. *E. F. Dach*).

Ich möchte nur noch die Ansicht einiger Forscher und deren Stellungnahme zur Konstitutionsfrage aus der letzten Zeit anführen, die neue Theorien aufstellen und das ganze Wissensgebiet eigenartiger Betrachtungsweise unterziehen, wie aus der Aussprache über Konstitution und Charakter hervorgeht, gelegentlich der Tagung der ärztlichen Gesellschaft für Sexualwissenschaft und Konstitutionsforschung am 18. und 19. November 1927 in Berlin (Klin. Wschr. 1928 Nr. 2), *Kraus* (Berlin) geht von der Person im Sinne der generellen Morphologie aus, von Typengruppen und von überindividuellen Einheitsreaktionen (dem sozialen Menschen), nimmt aber Stellung gegen eine Vermengung der Psychologie und Biologie.

Ewald (Erlangen) tritt dem Problem der Charakterologie entgegen, deutet *Kretschmers* Forschungen nur als Vorarbeit und spricht sich dahin aus, daß auf dem Wege des Vergleiches seelischer Funk-

tionskomplexe mit relativ erstarrten statischen Körperbauformen man tiefere Einblicke in die somatisch-funktionellen Zusammenhänge nicht gewinnen könne. Man werde erst suchen müssen, welche Funktionen und Reaktionsbereitschaften mit körperlichen Funktionszusammenhängen und Reaktionen in Beziehung zu setzen seien. Letztere seien die Reagibilität unseres Nervensystems, welche abhängig sei von der Struktur des Zentralnervensystems, der Art des Zusammenarbeitens zwischen Hirnstamm und Hirnrinde, besonders aber dem endokrinen System mit seinen spezifischen Hormonen, von der Qualität anderer Körperorgane (Leber), der Jonenverteilung und endogener wie exogener Faktoren. Im funktionellen Zusammenarbeiten Aller liege das Problem des Charakters. *Hoffmann* (Tübingen) wird die erbbiologische Persönlichkeitsanalyse zum Mittel einer Ergründung der erblichen Charaktergenese. Nur eine dynamische Charakterologie sei möglich, d. h. eine Trieb- oder Tendenzlehre, wobei die Tendenzen durch die Struktur beeinflußt werden.

Aus dieser gedrängten Wiedergabe der Meinungen geht hervor, wie die charakterologischen Systeme aufgefaßt werden und wie die Entwicklung der Lehre von verschiedenen Gesichtspunkten betrachtet, gefördert und ausgebaut wird.

Eine kurze Zusammenfassung der aus unseren Untersuchungen gewonnenen Ergebnisse gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. Die von *Kretschmer* festgestellten Körperbauformen können auch bei dem mährischen Geisteskranken konstatiert werden.

2. Bei Schizophrenen überwiegt der leptosome Typus.

3. Die pyknischen Schizophrenen sind für körperliche Arbeit mehr geeignet.

4. Paralytiker und Alkoholiker besitzen eine größere Affinität zum pyknischen Habitus.

5. Bei verbrecherischen Psychopathen kann ein Überwiegen des asthenischen Typus nicht festgestellt werden.

6. Körperbautypen sind nicht Rassetypen einer Nation, sondern bei allen Völkern vorkommend.

7. Der statistisch erhobene außerordentlich geringe Prozentsatz von zirkulären Kranken kann nicht zum Ausgangspunkt genommen werden für die Aufstellung eines zyklothymen Temperaments.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

---

3. Jahresversammlung der südostdeutschen Psychiater und Neurologen am 25. und 26. Februar 1928 in Breslau, (im Rahmen des 1. südostdeutschen wissenschaftl. Ärztetages).

Anwesend sind u. a. die Damen und Herren: *Adler*-Gräfenberg, *Altenburger*-Breslau, *Baege*-Leubus, *Becker*-Naumburg a. d. Saale, *Bender*-Breslau, *Berliner*-Obernigk, *Beyer*-Breslau, *Bloch*-Ratibor, *Bogatsch*-Breslau, *Brasch*-Breslau, *Bry*-Breslau, *Chotzen*-Breslau, *Dinter*-Brieg, *R. Depéne*-Breslau, *Deutschmann*-Breslau, *Elschnig*-Prag, *Feigenbaum*-Jerusalem, *Fischer*-Breslau, *Fischer*-Obernigk, *Foerster*-Breslau, *Franke*-Breslau, *Freiberg*-Breslau, *Freisel*-Tost, *Freund*-Breslau, *Fröhlich*-Breslau, *Gehrmann*-Jannowitz, *Georgi*-Breslau, *Groenouw*-Breslau, *Groß*-Breslau, *Guttmann*-Breslau, *Haenisch*-Breslau, *Häfner*-Bunzlau, *Harzum*-Tetschen, *Haupt*-Breslau, *Hermstadt*-Glogau, *Herzberg*-Tost, *Hoppe*-Leubus, *Jaschke*-Leubus, *Jirzik*-Waldenburg, *Kahlbaum*-Görlitz, *Kaiser*-Freiburg, *Kalinowski*-Berlin, *Kaliski*-Breslau, *Kasperek*-Breslau, *Kattinger*-Gräfenberg, *Konietzky*-Lüben, *Kügler*-Freiburg, *Kubis*-Prag, *Lange*-Breslau, *Lehmann*-Brieg, *Leichtentritt*-Breslau, *Lewinsohn*-Breslau, *Licht*-Breslau, *Liedl*-Breslau, *List*-Breslau, *Löwenthal*-Breslau, *Mann*-Breslau, *Marker*-Witkowitz, *Mendelsohn*-Breslau, *Mohr*-Leubus, *Mohr*-Breslau, *Mysliwiec*-Breslau, *Neißer*-Bunzlau, *Neißer*-Breslau, *Nicolauer*-Breslau, *Ohnsorge*-Breslau, *Oppler*-Breslau, *Peppmüller*-Zittau, *Peritz*-Berlin, *Peterssen-Borstel*-Breslau, *Pollak*-Wien, *Prausnitz*-Breslau, *Preißner*-Breslau, *Quast*-Breslau, *Rausche*-Obernigk, *Reich*-Breslau, *Richter*-Neiße, *Rosenstein*-Breslau, *Rosenthal*-Breslau, *Rotter*-Breslau, *Rottkay*-Breslau, *Rubinstein*-Krakau, *Schinke*-Tost, *Schneider*-Breslau, *Schnurr*-Scheibe, *Schneril*-Breslau, *Schrader*-Breslau, *Schreiber*-Hirschberg, *Schroeder*-Montevideo, *Schwab*-Breslau, *Schwab-Kunfi*-Breslau, *Schubert*-Lüben, *Schütze*-Breslau, *Sprengel*-Obernigk, *Stark*-Breslau, *Steinitz*-Breslau, *Thiel*-Berlin, *Tietze*-Breslau, *Urban*-Breslau, *Wachholder*-Breslau, *Weise*-Breslau, *Welke*-Breslau, *v. Wietersheim*--Breslau, *Wilhelm*-Beuthen, *Winkler*-Breslau, *Wollenberg*-Breslau, *Zador*-Ungarn, *Zeidler*-Breslau, *Ziertmann*-Plagwitz.

Wollenberg begrüßt die Versammlung und gedenkt der verstorbenen Mitglieder Sanitätsrat Dr. *Linke*-Leubus, Prof. *Sachs*-Breslau und Dr. *Glaser*-Breslau.

Im Laufe des Berichtsjahres waren 5 klinische Demonstrationsabende, über die in der klinischen Wochenschrift berichtet wurde, veranstaltet worden.

Es halten Vorträge:

1. *L. Guttmann* und *F. List*: Zur Topik der Schweißsekretionsstörungen. (Ausführlicher Bericht im Archiv für Psychiatrie.)
Aussprache: *Foerster*.

2. *Peritz*: Der myalgische Kopfschmerz und die durch ihn bedingten nervösen Erscheinungen. (Ausführlicher Bericht im Archiv für Psychiatrie.)
Aussprache: *Foerster*, *Peritz*.

3. *Altenburger*: Beiträge zum Ataxieproblem. (Ausführlicher Bericht im Archiv für Psychiatrie.)
Aussprache: *Wacholder*, *Foerster*, *Mann*, *Altenburger*.

C. S. Freund-Breslau: Über die Haltungsanomalien an den Fingern bei chronischer progressiver Polyarthritis und bei extrapyramidalen Erkrankungen.

Nach *Hoffa* und *Wollenberg* (1908) unterscheidet Vortragender scharf die Arthritis deformans einerseits und die primäre chronische progressive Polyarthritis und den sekundären chronischen Gelenkrheumatismus andererseits. Erstere betrifft zumeist nur einzelne, und zwar die großen Gelenke und ist eine Knochen- und Knorpelerkrankung mit Wucherungen und regressiven Veränderungen; bei den letzteren ist primär die Synovialmembran erkrankt und liegen in den Frühstadien auf dem Röntgenbilde keine Veränderungen vor, sondern bloß Gestalts- und Haltungsanomalien und speziell an den Fingern: ulnare Abweichung in den Grundgelenken, häufig Hyperextension in den Mittelgelenken, Flexion und seitliche Abweichung in den Endgelenken. — Auf die große Ähnlichkeit dieser Haltungsanomalien bei chronischer Polyarthritis mit den bei Paralysis agitans hat bereits *Charcot* hingewiesen. Er führte sie zurück auf tonische Muskelzusammenziehungen, welche in dem kranken Gelenke durch eine Art von Reflex ausgelöst werden; er spricht von einer Massenablenkung (Déviation d'ensemble) durch Muskelkrampf. — Diese Theorie wird von den meisten Chirurgen neuerdings von *Pichler* („Stellung der Finger bei veralteten Gelenkleiden" 1921) und *Billich* („Die Tischlerhand" 1928) für entbehrlich gehalten unter Hinweis auf die sogenannte „Arbeitshand" (*R. Fick*, *W. Braune*), die nach langjährigem Umgang mit dem schwer zu hantierenden Handwerkszeug bei Tischlern, Schlossern, Gärtnern in Form einer passiv mühelos ausgleichbaren Ulnarwärtsabbiegung der ulnaren Finger in den Grundgelenken ohne Arthritis sich ausbildet: Durch eine direkte mechanische Beeinflussung kommt es zu einer Erschlaffung der leicht dehnbaren und eine geringe Federkraft besitzenden Kollateralbänder. — Der Vortragende hat bereits vor 16 Jahren gemeinsam mit *O. Förster* und dem Chirurgen *A. Tietze* im Claassen'schen Siechenhause die Ähnlichkeit der Haltungsanomalien bei chronischer Polyarthritis und bei extrapyramidalen Erkrankungen studiert. *A. Tietze* berichtete darüber 1914 in der Berlin. klin. Wochenschr. Nr. 32 „Über eine eigenartige traumatische Gelenkkontraktur (Reflexkontraktur steifgehaltener Gelenke)". Diese von Neurologen beeindruckte Publikation *Tietze*'s ist unbekannt geblieben. Er bringt im Text 20 Abbildungen solcher Hände; ohne Kommentar ist es unmöglich im einzelnen Bilde zu erkennen, ob es eine Gelenkkontraktur

bei chronischer Polyarthritis wiedergibt, oder eine spastische Lähmung oder eine sogenannte primitive Hand. *Tietze* hat auch in frischeren Fällen von chronischer Polyarthritis dieselbe Haltungsanomalien gesehen zu einer Zeit, wo destruktive Knochenprozesse oder eine Schrumpfung als stellungsgebender Faktor und auch eine stärkere Füllung der Gelenkkapsel im Sinne *Bonnets* wegen des negativen Befundes als Erklärung nicht in Frage kommen können. Es handelt sich also im Anfangsstadium nur um myogene Kräfte, erst später wird das reine Bild der myogenen Kontraktur durch allerhand sekundäre Momente (neben anatomischen Veränderungen auch die Lagerung der Glieder) vielfach verwischt und umgestaltet. *Tietze* vertritt deshalb den schon von älteren Chirurgen z. B. von *Lücke* vertretenen Standpunkt, daß es sich bei den pathologischen Gelenkstellungen mehr weniger um einen Reflexakt handelt. Zugunsten dieser Annahme spricht auch, daß *Tietze* diese eigenartige Haltung der Finger auch bei akutem Gelenkrheumatismus und bei einem Gichtanfall gesehen hat.. Vortragender erinnert an die bei gelenkgesunden Individuen durch Hyperventilation experimentell auslösbaren Handstellungen, ferner an die Haltungsanomalien der Finger während der Dauer des Tetanieanfalls, ferner an solche im Frühstadium der verschiedensten striären Erkrankungen, die sich passiv und auch oft aktiv redressieren lassen, allerdings hernach wieder eingenommen werden. — *O. Förster* (1921) spricht von einem selbständigen stellunggebenden Faktor, durch den die Glieder primär in die typisch abnorme Stellung geführt werden. Besonders bei den Pallidumkranken haben die Muskeln eine Tendenz zur Adaption und zur Fixation, wodurch das Glied unwillkürlich in der ihm passiv erteilten Stellung verharrt und nur langsam zurücksinkt. In diesen Stellungen werden die Glieder durch die sich immer mehr entwickelnde Adaptions- und Fixationsspannung gehalten und es kommt schließlich zur Kontraktur. — Auch bei den Pyramidenbahnerkrankungen besteht nach *Förster* eine deutliche Tendenz zur Adaption und Fixation, sie tritt aber viel allmählicher in Aktion. — Vortragender vermutet, daß auch bei den Haltungsanomalien der chronischen Polyarthritis ein solcher primärer stellungsgebender Faktor eine Hauptrolle spielen mag, genauere Vorstellungen hierüber fehlen uns. Unsere Erkenntnis dürfte gefördert werden durch das genauere klinische Studium besonders der Anfangsstadien, vermutlich auch durch die verfeinerten elektrophysiologischen Untersuchungsmethoden und durch den Ausbau der Lehre von den Lage- und Haltungsreflexen.

Vortragender erinnert an seinen im März 1927 mit Herrn *Rotter* gehaltenen Vortrag „Über extrapyramidale Erkrankungen im höheren Alter", speziell an den Fall VI, bei welchem in der Ruhelage die in den Grundgelenken gebeugten und ulnarwärts abgebogenen und in den Mittelgelenken hyperextendierten Finger wie verkrüppelt ankylosiert erschienen, aber aktiv normal beweglich und passiv an der Mehrzahl der Finger in dem Mittel- und Endgelenk überstreckbar waren, um unmittelbar nach solchen Bewegungsversuchen in die Ruhelage zurückzugehen und in ihr zu verharren. Bei der histologischen Untersuchung fand Herr *Rotter* eine Schädigung des Pallidum sowie des Nucleus dentatus cerebelli (vgl. Autoreferat im Arch. f. Psychiatr. Bd. 81 Heft 5. Die ausführliche Publikation erfolgt demnächst in der Zeitschrift f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr.). —

5. *A. Rosenstein*: Über Störungen der Selbstwahrnehmung bei Halbseitenlähmungen.

Eine gewisse Gruppe von Kranken, für deren Störungen *Babinski* das Wort „Anosognosie" prägte, gibt sich keine geordnete Rechenschaft über große Funktionsverluste des eigenen Körpers. Ebenso wie Blinde und Taube ihren Defekt leugnen, gibt es auch Hemiplyiker, die ihre Lähmung nicht anerkennen. Bei diesen sind 2 Gruppen zu unterscheiden: 1. solche, die die gelähmte Seite für so beweglich wie in normalen Zeiten halten, 2. solche, die die gelähmte Seite als körperfremd, als eingeschlichenen Bedränger betrachten. Derartige Störungen wurden bisher nur bei linksseitigen Lähmungen beschrieben. 3 eigene Fälle werden mitgeteilt, bei welchen es sich um 2 rechtsseitige und eine linksseitige Lähmung handelt. Die beiden rechtsseitig Gelähmten verteilen sich auf die beiden oben skizzierten Gruppen.

Zum Zustandekommen der Anosognosie sind bestimmte Sensibilitätsstörungen, vor allem Verlust des Lagegefühls erforderlich. Entscheidend sind aber bestimmte psychische Veränderungen, Herabsetzungen kortikaler Allgemeinleistungen. (Ausführliche Publikation folgt.)

Aussprache: *Neißer*, *Stark*, *Goldberg*, *Foerster*.

6. *Quast*: Über das Vorkommen von Virus fixe im Gehirn wutschutzgeimpfter Hunde. (Ausführlicher Bericht im Archiv für Psychiatrie.

7. *Rotter*: Über das Vorkommen von Virus fixe bei wutschutzgeimpften Hunden (anatomisch).

Vortragender weist auf die in der Literatur bekannten Untersuchungen über Veränderungen des Zentralnervensystems nach Virus fixe-Infektion, insbesondere auf Achuccaros große Arbeit hin und auf das Fehlen derartiger Beobachtungen bei Hunden, wofür sich aus den Ausführungen *Quasts* die Gründe entnehmen ließen.

Anschließend wird der histologische Hirn-Rückenmarksbefund des im vorhergehenden Vortrage näher bezeichneten, mit Virus fixe geimpften Versuchshundes zunächst hinsichtlich der regionären Verteilung der Veränderungen besprochen, sodann wird auf verschiedene Einzelerscheinungen des Prozesses näher eingegangen. Es besteht eine fast diffuse, eigenartige Polio-encephalomyelitis. Aus dem Gesamtbilde, dem Vorkommen ausgebreiteter degenerativer Parenchymveränderungen (vor allem an den Nervenzellen) zusammen mit einer meist progressiven Gliareaktion — teils diffuser plasmatischer Wucherung, teils eigenartigen Herd- und Knötchenbildungen — und infiltrativen Erscheinungen an Meningen und Gefäßen ergibt sich ein für *Lyssa* typischer Befund. Den der menschlichen „Impflähmung" etwas analogen klinischen Erscheinungen liegt also hier ein anatomischer Prozeß vom Bilde der Lyssa zugrunde.

Auf die histologischen Hirnbefunde von Kaninchenpassagen dieses Versuchshundes und eines weiteren klinisch gesunden, aber virus fixe haltigen Hundehirnes wird nur kurz hingewiesen und die Notwendigkeit eines Zusammengehens bakteriologischer und histologischer Kontrolle derartigen Materials betont. Zum Schlusse wird besonders des beschriebenen Nebeneinandervorkommens degenerativer und entzündlicher Ver-

änderungen bei diesem (*Klarfeld*, *H. Spatz*) und anderen Prozessen des Zentralnervensystems gedacht (Encephalitis epidemica, progressive Paralyse). Auch im Hinblick auf die hier schwebenden Probleme scheint das vorgetragene neue Material von einer gewissen Bedeutung.

Aussprache: *Prausnitz*, *Foerster*.

C. Rosenthal: Der pyknoleptische Anfallstyp.

Die überwiegende Mehrzahl der Autoren, die sich mit dem bekannten Krankheitsbilde der gehäuften kleinen Anfälle im Kindesalter beschäftigt haben, neigt dazu, die Pyknolepsie, wie das Leiden nach dem Vorschlage von *Schröder* und *Sauer* jetzt meist genannt wird, als selbständiges Krankheitsbild von der Epilepsie abzugrenzen, während diejenigen Autoren, die bei der Behandlung des Problems ihren Ausgang von der Epilepsie nehmen, wie *Bolten*, *Redlich*, *Gruhle*, *Foerster*, die gehäuften kleinen Anfälle im Kindesalter der Epilepsie zurechnen. Ein Krankheitsfall, über den vor 2 Jahren an gleichem Orte berichtet wurde, und bei dem das typische Bild der Pyknolepsie neben ganz vereinzelten großen epileptischen Anfällen bestand, gab, zumal in diesem Falle trotz mehrjähriger Krankheitsdauer und schwerer Belastung mit Epilepsie keine psychischen und intellektuellen Störungen bestanden, Veranlassung, das einschlägige Material der Literatur und der hiesigen Klinik auf die Frage nach dem Zusammenhang von Pyknolepsie und Epilepsie zu prüfen.

Es wurden im ganzen 166 Fälle nachgeprüft, von denen 133 der Literatur und 33 dem Material der hiesigen Klinik und Poliklinik aus den Jahren 1910—27 entstammen. An die Kranken der Klinik bzw. ihre Angehörigen wurden Fragebogen mit detaillierter Fragestellung verschickt; ein großer Teil der Kranken folgte der Aufforderung, sich in der Klinik vorzustellen. Um strengster Kritik standzuhalten, wurden alle Fälle ausgeschlossen, bei denen die Beobachtungsdauer weniger als 5 Jahre betrug und bei denen irgendeine diagnostische Unklarheit bestand. Damit verringerte sich das zu prüfende Material an gehäuften kleinen Anfällen im Kindesalter auf 88 Fälle, von denen 28 aus dem eigenen Material stammen. Die Beobachtungszeit betrug in diesen Fällen 5—21 Jahre. Die Fälle wurden in 4 Gruppen eingeteilt; in die 1. Gruppe kamen die geheilten Fälle, in die 2. Gruppe diejenigen, die in sichere Epilepsie mit großen Anfällen übergegangen sind, in die 3. Gruppe die Fälle, bei denen 5 Jahre und länger ohne Veränderung von Intelligenz und Psyche die gehäuften kleinen Anfälle unverändert fortbestehen und in die 4. Gruppe die Mischformen, bei denen jahrelang gehäufte kleine Anfälle neben sicheren epileptischen Anfällen bei guter Intelligenz und nicht epileptisch veränderter Psyche bestehen.

Als geheilt wurden nur diejenigen Fälle angesehen, bei denen, wenn sie vor der Pubertät stehen, mindestens 5 Jahre, nach der Pubertät mindestens 3 Jahre völlige Anfallsfreiheit besteht. Das traf bei 22 Fällen, gleich 25% des Materials, zu.

In der 2. Gruppe, die die Erkrankungen mit mehrjährigem rein pyknoleptischem Vorstadium bei späterem Übergang in sichere Epilepsie umfaßt, finden sich 20 Fälle = 22,5% der Gesamtzahl. In einem Drittel dieser Fälle betrug das pyknoleptische Vorstadium mehr als 7 Jahre, in 2 von *Bolten* mitgeteilten Fällen 12½ und 15 Jahre.

In der 3. Gruppe, derjenigen, in der pyknoleptische Anfälle 5 Jahre und länger unverändert bestehen, ohne daß sichere epileptische Erscheinungen aufgetreten sind, finden sich 35 Kranke = 40% des Materials. 10 Kranke dieser Gruppe befinden sich im Alter von 18—27 Jahren; bei ihnen besteht das Leiden unverändert seit 10—21 Jahren.

In der 4. Gruppe schließlich, die die ausgesprochenen Mischformen umfaßt, befinden sich 11 Fälle = 12,5% des Materials.

Aus dieser Zusammenstellung ergibt sich, daß etwa die gleiche Zahl von Erkrankungen an gehäuften kleinen Anfällen im Kindesalter in Heilung wie in sichere Epilepsie übergeht.

Auf den inneren Zusammenhang der Pyknolepsie mit der Epilepsie weisen ferner die Übergangsformen der 4. Gruppe hin, bei denen sich sicher epileptische Erscheinungen neben pyknoleptischen finden, und bei denen keine intellektuellen und psychischen Veränderungen im Sinne der Epilepsie bestehen. Eine weitere Stütze findet diese Auffassung in den Erblichkeitsverhältnissen bei den geheilten Kranken der Gruppe 1. Bei 12 dieser 22 Fälle, von denen 13 aus der Literatur und 9 aus eigenem Material stammen, findet sich Belastung mit Epilepsie oder epilepsieverdächtigenden Erscheinungen wie Ohnmachten u. ä., sowie mit Trunksucht und Linkshändigkeit. In einem Drittel dieser Fälle zeigten Geschwister, Eltern oder deren Geschwister epileptische Erscheinungen. Unter diesen Bedingungen einen inneren Zusammenhang der Pyknolepsie mit der Epilepsie abzulehnen, erscheint mit moderner erbbiologischer und konstitutionspathologischer Auffassung unvereinbar.

Man wird daher nicht berechtigt sein, die Pyknolepsie als selbständige Erkrankung von der Epilepsie abzutrennen, sondern wird nur von einem pyknoleptischen Anfallstyp sprechen dürfen, der zwar stets im Kindesalter erstmalig auftritt, aber nicht für dieses spezifisch ist. Der pyknoleptische Anfallstyp wird als Ausdruck einer Anlage zu Epilepsie aufzufassen sein, eine sichere Prognose läßt sich besonders vor der Pubertät nicht stellen, da nicht vorhergesagt werden kann, ob die vorhandene Anlage zur großen Epilepsie führen wird oder nicht. Eine sicher wirkende Behandlung der gehäuften kleinen Anfälle gibt es bisher noch nicht. Für das ärztliche Handeln ergibt sich daher, da die Erbanlage unbeeinflußbar ist, die Forderung, den Kranken möglichst günstige Umweltbedingungen (konditionelle Faktoren) zu schaffen. Es werden daher die als epileptogen bekannten Noxen, also vor allem die Genußgifte sowie körperliche und geistige Überanstrengungen zu meiden sein; für geregelten Stuhlgang, insbesondere für möglichste Vermeidung von Magendarmaffektionen durch geregelte leichte Kost ist zu sorgen; viel Aufenthalt in frischer Luft sowie Milieu- und Luftveränderung haben oft gute Wirkung. Wenn diese Vorschriften währen des Bestehens der gehäuften kleinen Anfälle, besonders aber während der Pubertät beachtet werden, ist zu hoffen, daß man manchem Pyknoleptiker das Los ersparen kann, einem epileptischen Siechtum zu verfallen. Daneben werden die Bestrebungen, zu einer sicher wirksamen Behandlung des pyknoleptischen Anfallstyps zu gelangen, fortzusetzen sein.

Hinsichtlich des dem pyknoleptischen Anfall zugrunde liegenden pathophysiologischen Mechanismus kann erstens wegen der sehr häufig als einzige motorische Reizerscheinung zu beobachtenden Blickbewegung

nach oben und zweitens wegen des geringen Grades der bestehenden Bewußtseinstrübung, die trotz größter Häufung der Anfälle meist nicht zu intellektueller oder psychischer Schädigung führt, daran gedacht werden, daß hier die irritative Noxe im Mittelhirn (Corpora quadrigemina, Haube der Pedunculi) angreift, und daß hier sekundenlang die der Hirnrinde zuströmenden Impulse unterbrochen werden. (Ausführliche Veröffentlichung erfolgt.)

Aussprache: *Mann*, *Stark*, *Foerster*, *Rosenthal*.

9. *Serog*, Unfallneurose und Rentenbegehrungsvorstellungen.

Alle psychogenen Störungen, die sich überhaupt nach Unfällen finden, als einzig und allein durch Rentenbegehrungsvorstellungen bedingt anzusehen, und eine andere Entstehung psychogener Störungen nach Unfällen überhaupt nicht mehr anzuerkennen, erscheint nicht berechtigt. Auch die nervösen Störungen nach Unfällen sind Neurosen, deren Gleichartigkeit mit den sonstigen Neurosen sich nicht nur im Querschnitt ihrer Symptommatologie, sondern auch im Längsschnitt ihres strukturellen Aufbaus zeigt. Wer den Krankheitsbegriff für die Unfallneurose also grundsätzlich ablehnt, muß dasselbe konsequenterweise auch für die Neurose überhaupt tun. Nicht die einseitig intellektualistisch-rationalistische Auffassung der Unfallneurose als bloße Rentenbegehrung wird ihr gerecht, sondern nur — genau wie bei den Neurosen überhaupt — die Analyse aller jenen unbewußt triebhaften psycho-biologischen Mechanismen, die im Falle der Unfallneurose als seelische Wirkungsmöglichkeiten des Unfallsereignisses ins Spiel treten.

Daß neurotische Erscheinungen nach Sportunfällen selten sind, liegt nicht, wie man gemeint hat, an dem Fehlen der Versicherungspflicht hier, sondern erklärt sich daraus, daß die psychische Einstellung vor dem Unfall und besonders auch die psychische Einstellung zum Unfall selbst hier ganz andere sind, als in den Fällen späterer neurotischer Erscheinungen. Auch die Ansicht, daß mit der Abfindung nervöse Störungen stets verschwinden, trifft nicht für alle Fälle zu.

Unverkennbar besteht ein gewisser Zusammenhang zwischen dem Bestehen von gesetzlichen Entschädigungspflichten und dem Auftreten von Unfallneurosen. Aber auch in den gewiß zahlreichen Fällen, in denen solche Zusammenhänge vorhanden sind, sind die psychologischen Zusammenhänge doch meist komplizierter und erschöpfen sich nicht in der einfachen „Rentenbegehrung". Es muß auch heute an der Unterscheidung der durch die psychischen Folgen des Unfalls verursachten nervösen Störungen von solchen durch das Streben nach Rente und dem Kampf um die Rente bedingten — Rentenneurose — durchaus festgehalten, und diese Unterscheidung muß im Einzelfalle möglichst scharf durchgeführt werden.

Praktisch wichtig ist frühzeitige neurologisch-psychiatrische Untersuchung mit gleichzeitiger psychotherapeutischer Einwirkung im Sinne von Aufklärung und Beruhigung und baldige Festsetzung einer angemessenen Rente, die auch deshalb nicht zu hoch sein darf, um baldige Rentenherabsetzung zu vermeiden. Statt des Versuchs durch Entziehung der Rente die Arbeitsfähigkeit zu erzwingen, wird oft der umgekehrte Weg zweck-

mäßiger sein, durch Hineinbringen in die berufliche Tätigkeit zunächst eine größere Arbeitsfähigekit zu erzielen und damit dann eine Kürzung bzw. eine Entziehung der Rente zu erreichen, wozu freilich außer verständnisvoller Einwirkung auf den Beschädigten auch eine entsprechende Aufklärung des Arbeitgebers gehört (erscheint ausführlich in der Medizinischen Klinik).

Aussprache wurde auf Antrag einer besonderen Sitzung vorbehalten.

Lenz (Breslau): Der jetzige Stand der Lehre von der Maculaaussparung.

Nach kritischer Würdigung der zurzeit vorliegenden Theorien bringt Vortragender für die von ihm vertretene Theorie der zentralen Doppelversorgung neue Beweise bei, und zwar zwei gemeinsam mit Prof. *O. Foerster* beobachtete Fälle.

Im ersten Fall bestand nach Exstirpation eines kleinapfelgroßen zystischen Tumors aus dem hinteren Teil des Okkipitallappens mit Erhaltenbleiben nur geringer Reste des letzteren eine typische Makulaaussparung. Im zweiten Fall fand sich eine große Zyste des Okzipitalpols, die ohne scharfe Grenze in das enorm erweiterte Hinterhorn überging; von der Sehstrahlung sind nur noch minimale Reste im vorderen Abschnitt der Sehspäre wahrnehmbar. Auch hier bestand typische Makulaaussparung.

Die gegen die Theorie ganz besonders ins Feld geführten kleinsten hemianopischen Skotome, die in das makulare Gebiet eindringen und die speziell bei Kriegsverletzungen der Okzipitalgegend relativ häufig beobachtet wurden, erklärt Vortragender aus einem Übergreifen der Schädigung auf das ganz polwärts gelegene, doppelversorgende Gebiet der gegenüberliegenden Sehsphäre entsprechend der Angriffstheorie *Poppelreuters*. Dadurch wird die Makulaaussparung entweder teilweise oder vollständig ausgeschaltet. Häufig wird außerdem die kortikale Makulahäfte der anderen Seite selbst lädiert; dann dringt der Gesichtsfelddefekt über die vertikale Trennunglinie hinaus in das makulare Gebiet der Gegenseite zungenförmig ein. Der fließende Übergang wird durch zahlreiche Gesichtsfelder der Literatur belegt.

Der Vortragende kommt zu dem Schluß, daß die Theorie der zentralen Doppelversorgung am besten das vorliegende Tatsachenmaterial zu erklären vermag. In Frage kommt jedoch nur eine Abzweigung von der Sehbahn, die durch den Balken zur gegenüberliegenden Sehsphäre verläuft. Nur so wird eine wirkliche Projektion der Gesamtmakulaiff jeder Sehsphäre garantiert, nicht jedoch durch eine Kommissur von Sehsphäre zu Sehsphäre.

Eine wesentliche Stütze erfährt die Theorie durch den von *Pfeiffer* erbrachten Nachweis einer Bahn von der Sehsphäre zum Splenium des Balkens. Dagegen fehlt noch der Nachweis des Bahnstückes vom Splenium zur gegenüberliegenden Sehbahn, wo der Anschluß etwa im mittleren Drittel des Parietallappens erreicht werden muß.

Da die vorgebrachten Daten ohne Abbildungen kaum überzeugend wirken können, muß auf den im Original erscheinenden Vortrag verwiesen werden.

Aussprache: *Elschnig*, *Foerster*.

11. *Foerster*, Ein Fall von Vierhügeltumor. (Ausführlicher Bericht erscheint im Archiv für Psychiatrie.)

Aussprache: *Lentz*, *Bielschowski*, *Foerster*.

12. *Severin*: Über subarachnoideale Blutungen.

1. Fall: Vorstellung eines Patienten, der vor 13 Jahren wegen einer spontanen subarachnoidealen Blutung zur Beobachtung kam.

Damals 34 jähriger, kräftiger Soldat erkrankte 1915 plötzlich aus vollster Gesundheit heraus innerhalb von 6 Monaten dreimal an Anfällen von heftigsten, krampfartigen Nacken- und Stirnkopfschmerzen mit starkem Schwindelgefühl und Taumeln, Schweißausbruch, allgemeiner Schwäche. Während der erste Anfall in wenigen Minuten, ohne irgendwelche krankhaften Folgezustände zu hinterlassen, spurlos vorüberging, trat 2 Monate später beim zweiten Anfall plötzlich der Symptomenkomplex einer ganz akuten Meningitis in vollster Ausbildung in Erscheinung: starke Nackensteifigkeit, beiderseits Kernigsches Symptom, Ungleichheit der Pupillen, beiderseits leichte Papillitis, Schwerhörigkeit mit Sausen in beiden Ohren, gesteigerte Achillessehnenreflexe mit Fußklonus, Hauthyperästhesie, -hyperalgesie, Parästhesien in den Extremitäten, Muskelzuckungen in beiden Beinen. Keinerlei Paresen. In den ersten Tagen leichte Temperatursteigerungen. Kein Herpes im Gesicht. Bei allen 4 Lumbalpunktionen stand der Liquor stets unter stark erhöhtem Druck. Nur die beiden ersten Punktionen ergaben stark bluthaltigen Liquor; beim Zentrifugieren scharfes Absetzen der Erythrozyten von der darüber stehenden intensiv gelb gefärbten Flüssigkeit. Keine Gerinnselbildung in vitro, nach wenigen Tagen totale Hämolyse. Die bakteriologische Untersuchung des Liquors bei allen Punktionen ergab kein Bakterienwachstum. Die mikroskopische Untersuchung war stets normal. Wassermann im Blut negativ. An den inneren Organen kein pathologischer Befund. Bei der Entlassung nach ca. 4 Wochen waren die meningitischen Symptome verschwunden. Während die beiden ersten Anfälle beim Arbeiten in gebückter Stellung auftraten, trat in der Rekonvaleszenz, ca. 6 Monate nach dem ersten Anfall, ohne jegliche Vorboten bei vollkommener körperlicher Ruhe der dritte Anfall auf, der mehrere Stunden dauerte, jedoch ohne besondere krankhaften Folgezustände zu hinterlassen.

Patient wurde seit 1915 wiederholt nachuntersucht. Bis jetzt bestehen keine Anhaltspunkte für Lues, Arteriosklerose, Nephritis, essentielle Hypertonie, hämorrhagische Diathesen usw., die als ätiologische Faktoren für die subarachnoideale Blutung in Frage kämen.

Die Prognose der spontanen subarachnoidealen Blutung, und zwar der unter dem Bilde der akuten Meningitis, mit oder ohne Apoplexie verlaufenden Form, ist, wie auch der Verlauf dieses Falles zeigt, eine sehr günstige, während die durch ein plötzliches einsetzendes Koma gekennzeichnete Form prognostisch infaust ist, da sie meist zum Tode führt.

Die reine spontane subarachnoideale Blutung ist eine relativ seltene Erkrankung, wenn man alle die Fälle ausschließt, in denen die Blutung durch ein direktes Trauma oder durch krankhafte Veränderungen der Hirnhäute oder deren Umgebung (Entzündungen, Tumoren, Gefäßerkrankungen usw.) verursacht wird.

2. Fall. Vortragender berichtet über einen zweiten Fall von subarachnoidealer Blutung, der zur Obduktion kam.

Dezember 1927 Aufnahme einer 36 jährigen, hochfiebernden Patientin mit den klinischen Symptomen einer voll entwickelten Meningitis: starke Nackensteifigkeit, Opisthotonus, beiderseits Kernigsches Symptom, linksseitige totale Okulomotoriusparese, gesteigerte Reflexe, Andeutung von Fußklonus, starke Somnolenz, Erbrechen, Temperatur 39°, Puls 100, Herpesbläschen an den Lippen.

Die sofortige Lumbalpunktion ergab stark erhöhten Druck (400 mm 2°) des intensiv gelb gefärbten, deutlich getrübten Liquors. Albumen stark positiv, *Nonne-Apelt* negativ. Nach der Lumbalpunktion sofortiger Temperaturabfall zur Norm, klares Bewußtsein, kein Erbrechen mehr.

Die erst jetzt mögliche Aufnahme der Anamnese ergab, daß Patientin 4 Wochen vor Einlieferung ins Krankenhaus bei völliger Gesundheit beim Füttern des Viehes plötzlich wie vom Blitz getroffen zu Boden stürzte mit heftigsten Schmerzen im Kopf, Genick, Rücken und im linken Auge, dabei andauerndes Erbrechen. Sensorium war frei. Nach einigen Tagen Bettruhe wieder Besserung des Allgemeinzustandes. Patientin stand zeitweise auf.

3 Wochen später, 8 Tage vor der Aufnahme, trat plötzlich ein Rückfall ein mit starkem Erbrechen, Benommenheit und dem klinischen Symptomenkomplex einer akuten Meningitis mit linksseitiger totaler Okulomotoriusparese. Auf Grund des apoplektiformen Beginns der Erkrankung und des mikroskopisch-chemischen Liquorbefundes wurde eine „spontane“ subarachnoideale Blutung diagnostiziert, die auch durch den negativen Bakterienbefund (Kultur) im Liquor und den weiteren Verlauf der Erkrankung bestätigt zu werden schien.

Nach einer Verschlechterung des Zustandes ergab die 2. Lumbalpunktion deutlich blutigen Liquor. Eine spätere 3. Punktion bei gutem Allgemeinbefinden ergab außer hohem Druck fast wasserhellen, -klaren Liquor. Albumen nur leichte Opaleszenz, *Nißl* $^{3}/_{4}$ Teilstrich, *Nonne-Apelt*, *Rivalta*, *Pandy*, *Wassermann*, *Sachs-Georgi* negativ; Mastix-Reaktion organische Zacke positiv. Liquorzucker 0,023%. Im Sediment nur spärlich Leukozyten, Lymphozyten und vereinzelte Erythrozyten. Kultur: steril.

An den inneren Organen wurde nie ein krankhafter Befund erhoben. Augenhintergrund normal, Blutstatus normal. In den nächsten 14 Tagen auffallende Besserung mit Schwinden der subjektiven Beschwerden und der meningitischen Symptome. Nur die linke Okulomotoriusparese blieb bestehen. Nach plötzlicher Verschlechterung (Auftreten von heftigen Kopfschmerzen und häufigem Erbrechen) ergab die 4. Punktion bei 400 mm Druck jetzt grünlich-gelben Liquor. Im Sediment wieder massenhafte Erythrozyten. Nach 8 tägiger Besserung trat plötzlich tiefstes Koma auf und der Symptomenkomplex einer wieder voll entwickelten Meningitis. Die sofortige 5. Lumbalpunktion ergab wieder stark blutigen Liquor unter stark erhöhtem Druck. Eine halbe Stunde nachher trat der Exitus ein.

Obduktion (Prof. *Mathias*): Durch die Dura schimmert bläulich ein großer Bluterguß in der linken Scheitelbeingegend, während rechts geringere Blutergüsse durchschimmern. Hirnwindungen beiderseits stark abgeplattet. Beim Abziehen der Dura zeigt es sich, daß der Bluterguß

sich basalwärts fortsetzt. Die ganze Schädelbasis, und zwar nur der subarachnoideale Raum, wird von einem flächenhaft ausgebreiteten Hämatom eingenommen. In dem eröffneten III. Ventrikel findet sich sanguinolenter Liquor. Der linke Seitenventrikel enthält ein ausgedehntes Blutgerinnsel, im Hinterhorn des rechten der gleiche Befund. Der Aquädukt ist von Blutmassen völlig erfüllt, welche die Zirbel umgeben. Die Plexus sind intakt, ein Tumor ist nicht zu sehen. Die Nerven der Schädelbasis sind völlig eingekleidet von dem Hämatom, welches teilweise festhaftet. An den Meningen, Schädelknochen und den inneren Organen, insbesondere Herz-Gefäßsystem und Nieren, kein pathologischer Befund.

Die klinische Diagnose — spontane subarachnoideale Blutung — schien zuerst durch den Obduktionsbefund bestätigt.

Bei genauerer Präparation der basalen Hirngefäße nach stattgefundener Härtung des Gehirns wurde ein bohnengroßes Aneurysma der linken Arteria communicans posterior gefunden. Die Perforation des Aneurysma war die Ursache der erfolgten subarachnoidealen Blutung mit dem klinischen Bild der meningealen Reizung bzw. des ausgesprochenen meningitischen Symptomenkomplexes. Die Blutung muß in Schüben aufgetreten sein, wie dies aus dem klinischen Verlauf mit wiederholter Besserung und Verschlechterung des subjektiven und objektiven Befundes und besonders aus dem Wechsel des Blutgehaltes des wiederholt entnommenen Liquors hervorgeht, bis 8 Wochen nach Beginn der Erkrankung die mit tiefstem Koma einhergehende tödliche Blutung erfolgte. Die komplette, isolierte, linke Okulomotoriusparese auf der Höhe der Erkrankung ist durch die topographisch-anatomische Lage des Aneurysma bzw. Hämatoms bedingt. Die Entstehung des Aneurysma beruht aller Wahrscheinlichkeit nach auf einer Gefäßbildungsanomalie, worauf zuerst *Busse* für eine andere Stelle des Zentralgefäßsystems hingewiesen hat, weil sich nirgends krankhafte Prozesse der Gefäßwand bei genauester mikroskopischer Untersuchung gefunden haben.

Den subarachnoidealen Blutungen braucht also, wie letzterer Fall lehrt, weder eine Gefäßerkrankung (Arteriosklerose, Lues), noch eine Blutdruckerhöhung infolge Arteriosklerose, essentielle Hypertonie, Schrumpfniere, noch eine Blutkrankheit (essentielle Thrombopenie, Skorbut, Hämophilie etc.) übergeordnet zu sein. Sie können auch erfolgen in einem sonst gesunden Körper, sodaß eine scheinbare Spontaneität der Blutung in Erscheinung tritt.

Sicherlich sind viele Fälle von vermeintlicher spontaner subarachnoidealer Blutung, wie unser Obduktionsbefund lehrt, ätiologisch auf das Platzen eines kleinsten, vielleicht durch Gefäßbildungsfehler entstandenen Aneurysma zurückzuführen, das wohl nur bei genauester Präparation des Gehirns nach Härtung gefunden werden kann.

Aussprache: *Schrader*, *Förster*.

13. *P. A. Jaensch*-Breslau: *Fleischer*'scher Ring bei *Wilson*'scher Krankheit.

Demonstration der Augen eines 17½ jährigen *Wilson*-Kranken mit typischem *Fleischer*'schen Ring, der ²/₃ der Hornhauthinterfläche einnimmt. Spektroskopische Untersuchungen der Schnitte waren negativ. Die Pigmentkörnchen liegen im hintersten Teil der *Descemet*'schen Membran

und in den Endothelzellen, die letzteren weisen beginnende Verfettung auf, obwohl das Auge an den Stellen der physiologischen Verfettung fettfrei ist. In der Glashaut der Aderhaut und im Sehnerven kein Pigment.

Aussprache: *Rotter.*

14. *Bielschowsky*-Breslau bespricht die verschiedenen Formen von „springenden Pupillen". Bei der 1. Gruppe, die fast ausschließlich von Neurologen beschrieben ist, besteht eine Mydriasis bald auf dem einen, bald auf dem anderen Auge bei gleichbleibenden Untersuchungsbedingungen. Diese Anomalie kommt bei organischen und funktionellen Erkrankungen des Nervensystems vor. In einer 2. Gruppe von Fällen ist die alternierende Anisokorie bedingt durch einseitige Lichtstarre oder Parese des einen Sphincter iridis bei mittlerer Weite der betreffenden Pupille. Sie ist je nach der Belichtung bald weiter, bald enger als die andere normale Pupille. Demonstration einer Patientin mit geringer einseitiger Sphinkterparese. Bei hellem Tageslicht ist die linke Pupille weiter als die rechte. Im Dunkelzimmer beim Blick in die Ferne sind beide Pupillen gleich maximal weit, bei stärkster Konvergenz auch gleich eng. Bei mäßiger Helligkeit und Konvergenz auf eine Entfernung von etwa 50 cm ist die linke Pupille enger, als die rechte, weil jener die ausgiebige Konvergenzreaktion durch Verminderung der Helligkeit weniger beeinflußt wird, als die normale rechte Pupille. Endlich kommt alternierende Anisokorie vor durch einseitige Änderungen der Pupillenweite auch ohne Änderung der Untersuchungsbedingungen in Augen mit angeborener oder in der frühesten Lebenszeit erworbener Okulomotoriuslähmung. Diese von *Axenfeld* und *Schürenberg* als zyklische Okulomotoriuslähmung beschriebene Anomalie dürfte nicht ganz so selten sein, als es nach der relativ kleinen Zahl der bisher beschriebenen (etwa 20) Fälle den Anschein hat, denn Vortr. kann 3 innerhalb der letzten Zeit in seiner Klinik beobachtete Fälle dieser Art demonstrieren.

1. Bei dem jetzt 13j. Knaben soll die P. F. III dext. im 1. Lebensjahr entstanden sein. Bereits vor 7 Jahren ist er von *Uthhoff* mehrfach operiert worden (Ptosisoperation nach *Heß*, Vorlagerung des gelähmten Rect. med., Tenotomie des laut Journal auch etwas paretischen Rect. lat.). Bemerkenswert ist das Fehlen jeglicher Notiz über die jetzt bestehenden zyklischen Bewegungsphänomene. Daß diese schon damals bestanden haben und von *Uhthoff* übersehen worden sind, ist nicht anzunehmen, da das Kind 4 Wochen in der Klinik war und im folgenden Jahre noch einmal untersucht worden ist. Ebenso wie in dem von *Kubik* (Kl. Mbl. f. Augenheilk. 73. Bd. 1924) publizierten Falle aus der Prager Klinik scheinen also die zyklischen Bewegungsphänomene erst erheblich später als die Okulomotoriuslähmung aufgetreten zu sein. Bei ruhigem Blick geradeaus bestehen zeitweilig rechts schlaffe Ptosis und maximale Mydriasis. In Zwischenräumen von 1—2 Minuten treten in dem gelähmten Oberlid kleine Zuckuugen auf, während die Pupille einen immer deutlicher werdende Hippus zeigt. Anschließend daran kommt es zu fast maximaler Hebung des rechten Oberlides und maximaler Miosis mit gleichzeitiger Zunahme der Refraktion (Kontraktion des Ziliarmuskels) um etwa 3 Dioptrien. Dieser „Krampfphase" folgt nach etwa 10 Min. die „Erschlaffungsphase", die sich allmählich bis zu völliger Mydriasis, Ptosis und Entspannung des

Ziliarmuskels entwickelt. Die Licht- und Konvergenzreaktion der rechten Pupille ist im Höhestadium beider Phasen aufgehoben. Durch Seitenwendungsimpulse, die am gelähmten rechten Auge keine Stellungsänderung herbeiführen, wird der Ablauf der automatischen Bewegungsphänomene wesentlich beeinflußt. Für die Dauer des dem gelähmten Lateralis zufließenden Rechtswendungsimpulses kommt es überhaupt nicht zur Entwicklung einer ausgesprochenen Krampfphase. Der entgegengesetzte Seitenwendungsimpuls beschleunigt das Eintreten der Krampfphase und verzögert die Entwicklung der Erschlaffungsphase sehr wesentlich. Die geschilderten Bewegungsphänomene sind auf das rechte Auge beschränkt, am linken sieht man jedoch kontinuierliche langsame Raddrehungen um die Gesichtslinie als Achse.

2. Bei einem 14jährigen Mädchen ist die Entstehung der linksseitigen Ptosis im 1. Lebensalter bemerkt worden. Auch bei ihr sind die linken Okulomotoriusäste, wenn auch nicht gleichmäßig, gelähmt. Krampf- und Erschlaffungsphase wechseln an Pupille und Oberlid miteinander ab, nur weniger regelmäßig wie im 1. Fall. Die Beeinflussung durch willkürliche Bewegungsimpulse ist viel weniger ausgesprochen, aber nachweisbar. Die Pupille des gelähmten Auges reagiert auf Licht und Konvergenz deutlich, nur nicht auf den Höhepunkten der beiden Phasen.

3. Bei dem 18jährigen Mann besteht die totale Lähmung des linken Okulomotorius seit der Geburt. Am linken Oberlid sieht man fast ständige schwächere oder stärkere Zuckungen; von Zeit zu Zeit hebt sich das linke, sonst maximal herabhängende Oberlid beträchtlich über dem Hornhautscheitel. Gleichzeitig wird die Pupille enger, jedoch sind die Differenzen der Pupillenweite auf den Höhepunkten der beiden Phasen geringer wie in den beiden ersten Fällen. Der Ziliarmuskel beteiligt sich am wechselnden Spiel der Pupille und des Oberlides. Seitenwendungsimpulse haben einen ebenso deutlichen Einfluß auf den Ablauf der Phänomene wie im 1. Fall. (Ausführliche Mitteilung und Erörterung der Grundlagen der zyklischen Bewegungsphänomene folgt a. a. O.)

15. *Kasperek*: Über ein neues Schlafmittel.

Ref. berichtet über ein neues Schlaf- und Beruhigungsmittel, das sich Prolongal nennt. Es wird intramuskulär injiziert. Gegenüber den üblichen Schlafmitteln hat es den Vorzug, daß es prompter und nachhaltiger wirkt, gegenüber Hyoszin, daß es vollkommen frei ist von dessen unangenehmen Nebenwirkungen. Es wurde auch längere Zeit hintereinander, auch mehrmals täglich gegeben, ohne daß Organschädigungen auftraten. Das Mittel ist noch nicht im Handel, da an seiner Vervollkommnung noch weiter gearbeitet wird.

Ausführlicher Bericht an anderer Stelle.

16. *Georgi*: Zur Bedeutung des Organantikörpernachweises für Theorie und Praxis der metasyphilitischen Erkrankungen. Vgl. Archiv für Psychiatrie, Bd. 84, S. 523, 1928.

Aussprache: *Serog*, *Peritz*, *Georgi*.

17. *Fischer*: Über körperliche Störungen bei Paranoikern.

Aussprache: *Peritz*, *Fischer*.



18. *W. Oppler*: Über eine familiäre psychische Epidemie.

Demonstriert wird der 32jährige Patient Ernst U., der sich seit Ende 27 in der Anstalt in der Einbaumstr. befindet. Er glaubt unter dem hypnotischen Einfluß des N., des Schwiegervaters seines Bruders Adolf, zu stehen. Er will seinen Bruder dem hypnotischen Einfluß des N. entzogen haben. Aus Rache dafür werde er nun selbst von dem N. verfolgt und belästigt. Erregungszustände machten die Aufnahme in die Anstalt erforderlich. Aus der Anamnese ist hervorzuheben, daß Pat. früher unauffällig war, erst in letzter Zeit ängstlich und unruhig wurde und dauernd fürchtete, von dem N. umgebracht zu werden. Während seines Aufenthaltes in der Anstalt produziert er eine Unmenge Beziehungsideen gegen den N. und verfälscht in diesem Sinn rückwärtige Ereignisse. Verschiedene seiner Äußerungen gaben die Veranlassung, auch die übrigen Familienmitglieder zu untersuchen. Dabei ergab sich, daß als erster der Vater des Pat. gegen die Familie des N. eingestellt war und eine Mitte 27 auftretende Erkrankung seines Sohnes Adolf auf den Einfluß des N. zurückführte. Dieser Ansicht schlossen sich nun fast alle Mitglieder der Familie an. — Es handelt sich insgesamt um 10 Kinder, von denen einige verheiratet sind. — Der Bruder A., dessen Erkrankung offenbar rein hysterischer Art war und der ebenfalls demonstriert wird, ist selbst davon überzeugt, durch den N. krank geworden zu sein. Außerdem glauben mehrere Familienmitglieder, auch angeheiratete, daß der N. mit ihnen selbst etwas vorgenommen habe.

Es handelt sich hier um eine Reihe debiler, leicht beeinflußbarer Menschen, bei denen die Ansicht, der Bruder A. sei durch den N. krank gemacht worden, die erstmalig der Vater U. vertrat, zur überwertigen Idee wurde. Sie sind von ihrem Vater zweifellos infiziert. Bei dem demonstrierten Patienten Ernst U. handelt es sich um eine Psychose, die entweder induziert oder schizophrener Natur ist. Wahrscheinlicher ist die erste Annahme. Für die zweite sprechen verschiedene, von dem Kranken angewandte Kunstausdrücke, sowie die evtl. Möglichkeit des Halluzinierens.

Aussprache: *Berliner*.

19. *Winkler*: Über das Torsionssyndrom (mit kinematographischen Demonstrationen).

Kinematographische Demonstrationen zweier Fälle von Torsionsdystonie.

1. Fall. 21jähriger Mann. Vor 4 Jahren grippeartige Erkrankung; 4 Wochen später bemerkte er krampfartige Schmerzen im linken Fuß, später im Kreuz. Allmählich sich entwickelnde schwerste Gang- und Haltungsstörung. Sonst keinerlei nervösen Beschwerden, Familienanamnese o. B. Früher nie ernstlich krank gewesen.

Befund:

Haltung beim Stehen: Hochgradigste sattelförmige Lordose der Lendenwirbelsäule. M. lumbo-sacralis springt beiderseits, besonders links reliefartig hervor. Dabei deutliche rechts-konvexe Skoliose der Brustwirbelsäule (Torsionshaltung): Verstärkung der Haltungsanomalie beim Gange.

Beim Bücken, Sitzen und Liegen zeigt die Wirbelsäule eine annähernd normale Konfiguration.

Gang: Tritt mit linkem Fuß in ausgesprochener Spitzfußstellung auf, stärkste tonische Anspannung der linken Gastroknemiusmuskulatur. Linkes Knie wird infolge der virtuellen Verkürzung des Beines durch die Spitzfußstellung leicht gebeugt gehalten. Verstärkung der Störungen, die nach längerer Ruhe nicht so ausgesprochen sind, nach längerem Laufen.

Beim Treppauf- und Treppabsteigen sind die eben beschriebenen Gangstörungen fast gar nicht nachweisbar. Auch die Haltungsstörungen sind beim Treppensteigen nicht so stark wie beim Gang auf flachem Boden. Beim Rückwärtslaufen nehmen ebenfalls Gang- und Haltestörungen wesentlich ab.

Sonst organisch-neurologisch kein krankhafter Befund, insbesondere keine Parkinson-Symptome.

Beim Liegen löst die Plantarflexion des linken Fußes einen tonischen Krampfsynergismus aus, der die Strecksynergistenhöhe des linken Beines, die Strecker des Knies und die Plantarflektoren des Fußes befällt. Bei Plantarflexion des linken Fußes ist es nicht möglich, das sich in starker Streckstellung befindliche linke Kniegelenk zu beugen. Durch Dorsalflexion des linken Fußes ist dieser Krampfsynergismus prompt zu koupieren (bei dorsal-flektiertem linkem Fuße Beugung des linken Kniegelenkes ohne Schwierigkeiten).

Auf Grund dieser Erscheinungen therapeutischer Versuch mit Eingipsen des linken Fußes in Dorsalflexion. Darauf Gangstörung wesentlich gebessert; das Spannungsgefühl im linken Bein hat erheblich nachgelassen; während Pat. ohne Gipsverband nach einigen Schritten infolge zunehmender Krampuserscheinungen gezwungen war, den Gang zu arretieren, kann er mit dem Gipsverbande längere Wegstrecken zurücklegen, ohne gezwungen zu sein, stehen zu bleiben. Das linke Knie wird beim Vorwärtsgehen in starker Streckstellung gehalten, beim Rückwärtsgehen vermag er das Knie im Sinne einer normalen Abwicklung gut zu beugen, der beim Vorwärtslaufen vorhandene Krampf der Quadrizepsmuskulatur ist dann nicht mehr nachweisbar.

Durch Druck auf die oberen Rumpfpartien (untere Halswirbelsäule, obere und mittlere Brustwirbelsäule; empfindlichste Stelle: Gegend der Vertebra prominens) läßt sich der mit dem Fußverband noch deutlich vorhandene Krampfzustand der Quadrizepsmuskulatur prompt beseitigen. Bei Druck auf die entsprechenden Stellen beim Gange prompte Beugung des Knies, Druck auf andere Körperstellen vermag diesen Reflex nicht auszulösen. Während durch diese Druckphänomene die Krampuserscheinungen am linken Bein vollkommen verschwinden, nehmen die Haltungsstörungen des Rumpfes hingegen wesentlich zu. Deshalb ist dieser Versuch therapeutisch nicht zu verwerten.

Die gleichen Phänomene treten bei Eingipsen von Hals und oberen Rumpfpartien auf.

Durch Belastung des Körpers mit schwerem Gewicht (Tragen eines Tornisters; gleichgültig, ob derselbe auf dem Rücken getragen oder in der Hand gehalten wird), werden die Gang- und Haltungsstörungen zum Verschwinden gebracht bzw. wesentlich gelindert. Dieser Belastungsversuch gelingt bei Tragen des Fußverbandes leichter als ohne denselben. Erforderliche Mindestbefastung mit Fußverband 50 Pfund, ohne Fußverband 58 Pfund.

Pat. trägt jetzt einen Schienenhülsenapparat am linken Bein, wodurch der Gang entsprechend der Wirkung des Gipsverbandes in Dorsalflexion sich wesentlich gebessert hat.

Keine Beeinflussung der Symptome durch Drehung des Kopfes nach den verschiedenen Seiten, oder durch Reizung bzw. Ausschaltung beider Labyrinthe.

2. Fall. 16 jähriges Mädchen. Vor 4 Jahren akute encephal. epidemica. durchgemacht (Kopfschmerzen, Schlafstörung, Doppeltsehen, Fieber), damals trat auch apoplectiform eine Lähmung des rechten Armes und Beines ohne Schlafstörungen auf, die sich im Laufe der nächsten Monate allmählich zurückgebildet hat. Ein Jahr nach Auftreten der Encephalitis allmählich sich entwickelnde Störungen der Beweglichkeit des rechten Armes und rechten Beines (Steifigkeit und Verlangsamung der Bewegung); außerdem trat beim Gange häufig ein schmerzhafter Krampfzustand im rechten Fuße auf (auch diese Störung nahm im Laufe der Zeit allmählich langsam zu).

Befund: Bild des Halbseitenparkinsonismus rechts (mimische Facialisparese, Rigor und leichter Tremor des rechten Armes, besonders des rechten Beines, Pfötchenstellung der rechten Hand, beim Gange kein Pendeln des rechten Armes). Außerdem Resterscheinungen einer alten pyramidalen Schädigung; rechts Reflexsteigerung, unerschöpfliche Fußklonus, *Oppenheim* und *Mendel-Bechterew*). Beim Barfußgehen tritt nach wenigen Schritten ein tonischer schmerzhafter Krampfzustand der langen Plantarflektoren des rechten Fußes auf, die Zehen werden im Boden eingekrallt, es kommt dadurch eine ausgesprochene Hohlfußstellung zustande. Auch hier nach längerem Gehen zum Arettieren gezwungen.

Beim Gange mit Strümpfen und Schuhen tritt der Krampf erheblich seltener auf. (Auch im ersten Falle ist der Gang mit Schuhen wesentlich erleichtert.)

Beim Liegen treten fast niemals derartige Zustände auf (ebenfalls wie im ersten Falle).

Beim Liegen wie beim Stehen ist ferner durch Drehung des Kopfes nach allen Seiten (rechts, links, vorn und hinten), ebenso durch Neigung des Kopfes nach rechts und links dieser Krampfzustand auszulösen. (Tonische Muskelkontraktion des Flexor degitorum longus); beim Übergange des Kopfes in Normalstellung gehen die Zehen prompt, aber langsam wieder in ihre Ruhestellung zurück.

Diese Erscheinung ist nur an die Lageveränderung des Kopfes bzw. des Halses gebunden. Neigungen des Rumpfes in toto nach rechts und links, vorn und hinten vermögen diesen Reflex nicht auszulösen.

Durch leichte manuelle Kompression der verschiedensten Körperstellen (Druck auf den Kopf, leichte Rumpfkompresse wie in vorhergehendem Falle, Händedruck, Druck auf Oberarm und Oberschenkel, Vorderarm und Unterschenkel wird der beschriebene Krampfzustand, der beim Gange im rechten Fuß auftritt, prompt beseitigt.

Therapeutische Verwertung dieses Versuches: Um den rechten Oberschenkel wird eine etwa 5—7 cm lange Strumpfbandbandage geschnürt; Pat. kann dadurch unbehindert gehen, ohne daß der Krampf auftritt. Empfehlenswert ist noch die Verstärkung dieser Wirkung durch Anlegung eines Leibgurtes und durch Tragen von hohen Schuhen.

Die beschriebene Bandagierung des rechten Oberschenkels vermag nun nicht nur den beim Gange auftretenden Krampf des rechten Fußes zu beseitigen, sondern sie bringt auch jenen oben erwähnten Reflex (Auftreten des Krampus durch Lageveränderungen des Kopfes beim Liegen und Stehen) zum Verschwinden.

Nach Überreizung (längerem Laufen, kalte Witterung, psychische Einflüsse) ist gelegentlich der aufgetretene Fußkrampf durch diese Druckversuche nicht zu koupieren.

Manchmal, jedoch selten, ist der Krampf anstatt an die langen Plantarflektoren an die Dorsalflektoren der Zehen gebunden.

Medikamentöse Beeinflussung (Somnifen, Atropin, Hyoszin) vermögen ebenfalls spontanes Auftreten des Krampfes beim Gange wie den erwähnten Halsdrehreflex zu koupieren, jedoch ersteres nicht mit derselben Wirksamkeit wie die reflektorische Beseitigung durch die Bandage, auffallend ist hierbei, daß nach Aussetzen einer tagelang durchgeführten Hyöszintherapie der spontane Krampf sofort wieder aufgetreten ist, während der „Halsdrehreflex“ in den ersten 2 Tagen nach Aussetzen der Medikation nicht nachzuweisen war.

Reizungen der Labyrinthe durch Warmspülung vermochten den Reflex nicht zu beseitigen. Bei Ausschaltung der Labyrinthe (Kaltspülung) verschwand der Reflex, war erst wieder nach Abklingen der Wirkung (Aufhören des entsprechenden Nystagmus) wieder nachweisbar.

Die hier angeführten Versuche, die der Beseitigung der Koordinationsstörungen, die zu Haltungsanomalien mit Krampuserscheinungen geführt haben, dienen, gehen auf die von Wartenberg beschriebenen sog. „Gegendruckphänomene“ zurück. Nach *W.* sollen gegen Widerstand auszuführende Bewegungen, in der Umgebung der von Bewegungsstörungen und Haltungsanomalien befallenen Gegend angewandte Druckreize (auch elektrische Reize) die Störungen zum Verschwinden bringen. Am wirksamsten sollen die Reize sein, die in der Gegend der befallenen Gelenke gesetzt werden, von dort aus sollen sie proportional der Entfernung an Wirksamkeit abnehmen, mit anderen Worten die zur Beseitigung der Störungen zu applizierende Reizschwelle steigt proportional dem Grade der Entfernung, an der sie gesetzt wird. Unsere Fälle zeigten ein anderes Verhalten. Im ersten Falle fanden wir eine bestimmte in der Gegend der Vertebra prominens gelegene reflexogene Zone; Kompressionen dieser Gegend brachte auf reflektorischem Wege dem beim Gange auftretenden Streckkrampf des linken Beines zum Verschwinden. Derselbe Krampf wurde auch durch Eingipsen des linken Fußes in Dorsalflexion teilweise behoben. Einfacher Druck auf die Gegend des Fußgelenkes blieb ohne Wirkung, Gegendruckphänomene ließen sich hier nicht nachweisen. Es handelt sich hier um einen Krampussynergismus, der, wie bereits erwähnt, durch Plantarflexion des linken Fußes ausgelöst, durch Dorsalflexion beseitigt wird. Beim Gange mit in Dorsalflexion eingegipstem linken Fuße kam es zu einem Nachlassen, jedoch nicht zu einem vollständigen Verschwinden der Krampuserscheinungen, was seinen Grund wohl darin hat, daß die Gehfunktion das Hauptmoment ist, welches den Krampf erst zum Auslösen bringt, wie ja überhaupt die wesentlichen Merkmale des Torsionssyndroms die Abhängigkeit der Symptome von der Lage des Körpers, das Auftreten der Störungen beim Gehen und Stehen, das Nachlassen

bzw. völlige Verschwinden der Störungen beim Liegen und Sitzen sind. Nur durch Aplikation beider Reize zu gleicher Zeit, (Dorsalflexion des linken Fußes — Kompression der oberen Rumpfpartien bzw. Belastung mit Tornister) kam es zu einem nahezu völligen Verschwinden der Krampuserscheinungen am linken Fuß. Bei dem Mädchen endlich gelang es, durch in gleicher Stärke angewandte Druckreize an den beliebigsten Körperstellen den tonischen Krampfzustand der rechten Zehenmuskulatur zu beseitigen. Nach *Wartenberg* wäre es hier zu erwarten gewesen, daß nur in Gegend des rechten Fußgelenkes gesetzte Tiefendruckreize eine nennenswerte Wirkung auf die Beseitigung der Störungen ausgeübt hätten.

Auf die patho-physiologische Deutung dieser Phänomene können wir hier an dieser Stelle nicht eingehen. Es sei nur auf die Arbeiten von *O. Foerster*, *Wartenberg*, *Cassirer*, *Rosenthal* usw. verwiesen. Beim ersten Falle ließ der beim Gange auftretende Streckkrampf des linken Beines an eine Ähnlichkeit mit jenen Phänomenen denken, welche nach den Arbeiten von *Magnus* und seiner Schule nach Durchtrennung des Mittelhirnes auftreten, mit den sogenannten Stehreflexen. Gemeinsam mit diesen Erscheinungen ist bei unserem Falle das ausschließliche Befallensein der Strecksynergisten und die Abhängigkeit der Störungen von den Steh-, insbesondere von den Gehfunktionen. Die übrigen Merkmale dieser Stehreflexe ließen sich jedoch hier nicht nachweisen. Abgesehen davon, daß die Stellfunktionen voll erhalten waren, ließen sich die Krampuserscheinungen im 1. Falle beim Liegen durch Lageveränderungen des Kopfes nicht auslösen; da die Stehreflexe ferner durch die N. vestibulares zentripetal gebahnt werden, wäre in diesem Falle ev. zu erwarten gewesen, daß temporäre Ausschaltung der Labyrinthfunktionen durch Kaltspülung die Störungen teilweise koupieren könnte. Auch dies ist hier nicht der Fall gewesen. Auffallend ist jedoch hier die Beeinflussung der Störungen durch Druck auf die Vertebra prominens und deren Umgebung *Magnus* und *de Kleyn* beschrieben einen sogenannten Vertebra prominens-Reflex: Druck gegen die Vertebra prominens und deren Umgebung sollten beim enthirnten Tiere die beim Stehen sich in Streckstehung befindlichen Glieder zum Erschlaffen bringen. Nicht so einleuchtend für eine Analogie der Torsionssyndrome mit den tierexperimentellen Enthirnungssymptomen sind die Krampferscheinungen im 2. Falle. Hier ist nicht ein ganzer Strecksynergismus von den Erscheinungen befallen, sondern der Krampfzustand erstreckt sich hier nur auf die langen Plantarflektoren der Zehen. Es ließ sich im Gegensatze zum 1. Falle hingegen deutlich die Abhängigkeit der Krampuserscheinungen von den Lageveränderungen des Kopfes nachweisen, jedoch auch nicht rein im *Magnus*'schen Sinne, insofern als das Auftreten der Krampi unabhängig davon war, ob der Kopf nach rechts, links, vorn oder hinten gedreht war. Nach *Magnus* dürfte sich dieser Reflex vorwiegend nur bei Drehung nach rechts nachweisen lassen, und insbesondere dürfte er nicht bei Beugung nach vorn auftreten. Bemerkenswert ist ferner in diesem Falle die Beeinflußbarkeit unseres „Halsdrehreflexes" durch Reizung bzw. Ausschaltung des Labyrinthes. Reizung beider Labyrinthe durch Warmspülung brachte den Reflex nicht zum Verschwinden (im *Magnus*'schen Sinne könnte es sich hier um eine Tonisierung der Stehreflexe durch Labyrinthreizung handeln), während der Reflex

bei Ausschaltung der Labyrinthe durch Kaltspülung nicht nachweisbar war.

Die Schwierigkeiten, die sich bieten, wenn man bei Betrachtung klinischer Fälle Identitäten oder Analogien zu den von *Magnus* und *de Kleyn* geschaffenen tierexperimentellen Grundlagen zu finden sucht, liegen nicht allein daran, daß man wohl kaum Fälle zu sehen bekommt, die das Syndrom einer reinen Querschnittsunterbrechung darbieten, die der Experimentator erheblich leichter darstellen kann. Es ist vielmehr noch außerdem in Betracht zu ziehen, daß beim Menschen infolge des ihm eigentümlichen aufrechten Ganges ganz andere Verhältnisse für die zentrale Regulierung der Stehfunktionen geschaffen sind als beim Tier. Schon die Tatsache, daß beim Tier nach Durchtrennung unterhalb des Thalamus opticus die Stellfunktionen vollständig erhalten bleiben und dann keine Störungen der Tonusregulierung nachweisbar sind, die erst nach Leitungsunterbrechung unterhalb des Mittelhirnes auftreten, weist auf prinzipiell andere zentrale Innervationsverhältnisse als beim Menschen hin, wo wir doch bei dem pallidären Syndrom schwerste Tonusstörungen beobachten können. Aus den oben angeführten Gründen dürfte es sich auch bei den hier beschriebenen Fällen erklären, daß man bei Vergleich der klinischen Symptome mit den tierexperimentellen Ergebnissen auf große Schwierigkeiten stößt; trotzdem scheinen die hier erörterten Analogieen für die pathophysiologische Deutung der Syndrome nicht unwesentlich zu sein, zumal da sie geeignet sein können, zu therapeutischen Folgerungen Veranlassung zu geben.

20. *Clara Bender*-Breslau: Paraffinbehandlung bei Schmerzzuständen.

Applikation eines 70—90° heißen Paraffin-Harz-Gemisches wirkt heilend und schmerzstillend bei entzündlichen Prozessen insbesondere der Weichteile (Panaritien, Thrombophlebitis, Furunkeln usw.); bei Ischias und andern Neuralgien; bei Belastungsschmerzen, Krampfaderbeschwerden und Erfrierungen. — Paraffinganzpackungen von $^3/_4$—1stündiger Dauer treiben die Körpertemperatur um 1½% in die Höhe. Dabei tritt die örtlich schmerzstillende Wirkung zurück hinter der starken Entlastung des Stoffwechsels durch profusen Schweißverlust, die weit schonender erfolgt als bei Wasser- oder Moorprozeduren und dabei vielfach an die eines ausgiebigen Aderlasses erinnert; so bei chronischer Nephritis, Hypertonie, Gicht und Fettleibigkeit. Es ergibt sich eine nachhaltige Blutdrucksenkung und ein auffallendes subjektives Wohlgefühl; Kopfdruck, Schwindel Mattigkeit, diffuse Neuralgien bessern sich weitgehend oder verschwinden allmählich (bei wöchentlich 1 Packung). — *Cave* minderwertige „Heilparaffine", welche Ekzeme und Verbrennungen machen! Das deutsche „Tharmopar" (Mohrenapotheke, Breslau) ist der ausländischen recht teuren „Ambrine" völlig gleichwertig. *F. Georgi*, Schriftführer.

22. Jahresversammlung des Vereins Bayerischer Psychiater in Bamberg und Kutzenberg am 22. und 23. Juni 1928.

Vorsitz: *Bumke*-München; Schriftführer: *Weber*-Haar, *Kahn*-München (vertreten durch *Krapf*-München).

Anwesend: *Ast*-Eglfing, *Beigel*-Buttenheim, *Berg*-Kaufbeuren, *Bischof* Kutzenberg, *Bornebusch*-Deggendorf, *Bostroem*-München, *Bott*-St. Getreu-Bamberg, *v. Braunmühl*-Eglfing, *Bruner*-Erlangen, *Bumke*-München, *Ebner v. Eschenbach*-Bayreuth, *Edenhofer*-Günzburg, *Einsle*-Ansbach, *Eisen*-Regensburg, *Entres*-Werneck, *Ewald*-Erlangen, *Faas*-Kutzenberg, *Ficht*-Klingenmünster, *Fischer*-Basel, *Fried*-Bamberg, *Geigenberger*-Bamberg, *Grimm*-Nürnberg, *Grünthal*-Würzburg, *Gückel*-Neustadt, *Guttmann*-München, *Haenel*-München, *Herd*-Bamberg, *Heyde*-Würzburg, *Hock*-Bayreuth, *v. Hößlin*-Ansbach, *Hofmann*-Bamberg, *Hofmann*-Werneck, *Jahnel*-München, *Kihn*-Erlangen, *Klüber*-Klingenmünster, *Kolb*-Erlangen, *Krapf*-München, *Küffner*-Bayreuth, *Küffner*-Regensburg, *Lange*-München, *Lobenhoffer*-Bamberg, *Loenhard*-Bamberg, *Ludwig*-Werneck, *Luxenburger*-Basel, *Margerie*-Wirsberg, *Mayr*-Eglfing, *Neubürger*-Eglfing, *Odenwald*-Nürnberg, *Opel*-Kutzenberg, *Oppermann*-Erlangen, *Plaut*-München, *Prießmann*-Erlangen, *Prinzing*-Kaufbeuren, *v. Rad*-Nürnberg, *Reichardt*-Würzburg, *Resch*-Frankenthal, *Spatz*-München, *Specht*-Erlangen, *Suzuki*-Japan, *Schapfl*-Eglfing, *Scheiber*-Mainkofen, *Schneider*-Lohr, *Schnidtmann*-Haar, *Schulz*-München, *Schultz*-Bamberg, *Schwarz*-Kutzenberg, *Schwindt*-München, *Steichele*-Gabersee, *Stemplinger*-Bayreuth, *Stoeckle*-Lohr, *Utz*-Gabersee, *Vierzigmann*-Regensburg, *Weber*-Haar, *Weegmann*-Bamberg, *Wilmers*-Nürnberg. 75 Teilnehmer.

1. Sitzung (in der Concordia-Bamberg).

Vorsitzender *Bumke* eröffnet die Tagung und begrüßt die Versammlung, insbesondere Herrn Ministerialrat Dr. *Schwindt* als Vertreter des Staatsministeriums d. J., den Medizinalreferenten der Regierung von Oberfranken, K. d. J., Herrn Oberregierungsrat Dr. *Ebner v. Eschenbach* als Vertreter der Regierung von Oberfranken, ferner Herrn Oberbürgermeister *Weegmann* für die Stadt Bamberg und Herrn Geheimrat Dr. *Herd* für den ärztlichen Bezirksverein Bamberg. Herr Geheimrat *Dieudonné* ist laut brieflicher Mitteilung leider dienstlich verhindert, der diesjährigen Tagung beizuwohnen.

Der Vorsitzende spricht den Dank der Versammlung an den Kreis Oberfranken aus für den überaus freundlichen Empfang. Sodann würdigt er in einem warmempfundenen Nachruf die außergewöhnliche organisatorische Begabung und die hohen menschlichen Eigenschaften des am 2. XI. 1927 verstorbenen langjährigen 1. Vorsitzenden und Mitbegründers des Vereins, Geheimrats Dr. *Vocke*. Die Versammlung ehrt das Andenken des Verstorbenen durch Erheben von den Sitzen. In den Vorstand wird an seiner Stelle von der Versammlung auf Vorschlag neu gewählt: Obermedizinalrat Dr. *Ast*-Eglfing. Dieser nimmt, nachdem insbesondere Herr *Bumke* und Herr *Kolb* erklärt hätten, eine Wahl zum 1. Vorsitzenden nicht annehmen zu können, die Wahl dankend an, bittet aber Herrn

Bumke, wenigstens für diese Tagung den Vorsitz beibehalten zu wollen. Herr *Bumke* erklärt sich hierzu bereit und erteilt Herrn *Lange*-München als erstem Redner das Wort zum Referat: Der gegenwärtige Stand der Entartungsfrage.

Lange-München: Ref. geht aus vom Quantitätsproblem, das durch den rapide fortschreitenden Geburtenrückgang besonders dringend geworden scheint, verzichtet aber auf eine Stellungnahme zu diesem heute ganz besonders schwierigen Problem. Gleich wichtig, wenn nicht wichtiger erscheint ihm die Qualitäts-, die Entartungsfrage im engeren Sinne. Er beleuchtet kurz die Auffassungen, wie sie etwa um das Jahr 1910 von zahlreichen bedeutenden Ärzten ausgesprochen wurden und die recht optimistisch waren. Alle beängstigenden Erscheinungen der damaligen Gegenwart, Ansteigen der Selbstmord- und Kriminalitätskurve, angebliche Abnahme der Militärtauglichkeit, Zunahme der anstaltsbedürftigen Geisteskrankheiten u. a. wurden als für die Entartungsfrage belanglos oder aber irreführend erkannt. Dafür wurde auf das stetig anwachsende durchschnittliche Lebensalter, das durchschnittliche Größerwerden der Rekruten in nahezu allen europäischen Ländern u. a. als Zeichen der zunehmenden Volksgesundheit hingewiesen.

Heute sehen wir klarer. Eine Fülle von neuen Untersuchungen beweist, daß wir nach den verschiedensten Richtungen hin entarten. Es wird gezeigt, daß schon das Größerwerden der Rekruten alles andere ist als ein Zeichen dafür, daß wir erblich tüchtiger geworden sind. An der Hand von Reichs- und Länderstatistiken und der Berichte einiger großer Krankenanstalten läßt sich nachweisen, daß zwar alle exogenen Erkrankungen abgenommen haben, daß aber mit großer Wahrscheinlichkeit die erblichen körperlichen Erkrankungen bzw. die Anlagen dazu sich ausbreiten. Wir nähern uns in dieser Hinsicht deutlich den Verhältnissen, wie sie bei den westeuropäischen Juden gegeben sind, und zwar nahezu in jeder Richtung.

Weiterhin wird an einer Fülle von Beispielen dargetan, daß allenthalben im Bereiche der westeuropäischen Kultur die Familien mit tüchtigen intellektuellen Anlagen eine weitaus zu niedrige Fortpflanzungsrate haben, während gerade in den niedrigsten und intellektuell schlechtesten Schichten eine überdurchschnittliche Fruchtbarkeit herrscht. In intellektueller Hinsicht entarten wir nicht erst in jüngster Zeit. Gleichartige, wenn auch weniger ausgebreitete Vorgänge zehren wohl schon seit Jahrhunderten an unserer Gesundheit.

Endlich wird wahrscheinlich gemacht, daß das Anwachsen der anstaltsbedürftigen geistigen Erkrankungen eine Zunahme der Geisteskrankheiten nicht bloß vortäuscht. Abgesehen von äußeren Verhältnissen spielt doch wohl auch eine Ausbreitung krankhafter Anlagen eine wichtige Rolle. Dafür sprechen gewisse frühere Untersuchungen, Verschiebungen in den Proportionen der Anstaltsbevölkerung, vor allem aber Auszählungen von Geschwisterschaften und Sippschaften geistig Gesunder und Geisteskranker. Gerade nach der Gesundheit ausgewählte Menschen scheinen aus Familien zu stammen, die eine weit geringere Fruchtbarkeit haben, als repräsentative Gruppen der Durchschnittsbevölkerung oder gar von Anstaltskranken her gefaßte Menschengruppen.

Ob, abgesehen von dieser Entartung durch Gegenauslese, unter

unseren heutigen Verhältnissen auch besonders häufig ungünstige Erbänderungen entstehen, das läßt sich nicht entscheiden.

Jedenfalls ist die Lage eine äußerst bedrohliche. Es ist alles zu tun, den ganzen Umfang der Gefahr kennen zu lernen. Wir müssen wissen, um zu handeln. Wir werden nicht verloren sein, wenn wir unerbittlich die Folgerungen aus unserem Wissen ziehen.

(Das Referat wird ausführlich und mit einer Reihe von Ergänzungen veröffentlicht werden.)

Aussprache: *Kolb*-Erlangen: Die außerordentlich wertvollen und interessanten Ausführungen von *Lange* werfen Fragen auf, deren Beantwortung besonders für das deutsche Volk lebenswichtig ist. So bedeutungsvoll die statistischen Zahlen sind, so sind sie doch naturgemäß entweder der allgemeinen Statistik entnommen, oder sie sind, soweit sie sich auf der Individualstatistik aufbauen, noch zu klein. Herr *Lange* wird mir zustimmen, wenn ich sage: gerade auf diesem Gebiete muß die Forschung auf die breiteste Grundlage gestellt werden; wir benötigen die möglichst lückenlose Erfassung aller geistig anormalen Menschen tunlichst über ihr ganzes Leben aus möglichst vielen Gebieten. Nur diese Erfassung wird uns eine zuverlässige wissenschaftliche Individualstatistik größten Umfanges nach den verschiedensten Gesichtspunkten gestatten und damit eine genügend breite und verlässige Grundlage liefern für die weitere Bearbeitung der von *Lange* so vielversprechend behandelten Probleme.

Diese Erfassung aller geistig anormalen Menschen eines Gebietes — in den Anstalten und außerhalb der Anstalten! — wird, soweit ich sehe, praktisch ermöglicht nur durch die offene Fürsorge von der Anstalt aus nach Erlanger Muster; diese ist zugleich wohl der einzig praktisch gangbare Weg, auf dem wir die Ergebnisse der Forschung an diejenigen Menschen heranbringen können, die dieser Bekanntgabe am meisten bedürfen: an die Geisteskranken und an ihre Angehörigen. Ich denke dabei besonders an die Eheberatung, bei der wir vor allem der im Volke weit verbreiteten, leider immer noch auch von vereinzelten Ärzten vertretenen Auffassung entgegenarbeiten müssen, daß die Ehe für zahlreiche Kranke eine heilende Kraft oder einen erheblichen schützenden Wert besitze.

Herr *Lange* hat mit Recht betont, daß die großen Kinderzahlen gewisser Familien wesentlich auf einem Wegfall der Hemmungen beruhen, die bei der Mehrzahl der geistig gesunden Menschen besonders aus den schwer um ihre Existenz kämpfenden gebildeten Kreisen der Fortpflanzung entgegenstehen. Wir dürfen nicht vergessen, daß solche Hemmungen fast überall vorhanden sind, daß aber der Alkohol ein Faktor ist, der diese Hemmungen beseitigt.

Neben den vielen praktischen Aufgaben, welche die offene Fürsorge der Anstalt zu erfüllen hat, kann sie wissenschaftliche Probleme wesentlich nur dann fördern, wenn Klinik und Forschungsanstalt der offenen Fürsorge der Anstalt mit Hilfskräften an die Hand gehen und die Anstalten unterstützen in ihren Bemühungen, von den maßgebenden Stellen solche Hilfskräfte für die offene Fürsorge zu erhalten in einer Form, die sich den von unserem führenden Forscher *Rüdin* geforderten Wanderassistenten nähert.

Specht-Erlangen: Das Ergebnis der überaus sorgfältigen und lehrreichen Untersuchungen des Referenten zwingt uns leider zu hoff-

nungslosem Pessimismus bezüglich der Zukunft der europäischen Kulturvölker.

Der Geburtenrückgang läßt sich mit Steigen der Kultur nicht aufhalten und der qualitativen Auslese sind, wenigstens auf psychiatrischem Gebiet, nur ganz enge Grenzen gezogen. So wird denn den europäischen Völkern der Weg, den die antiken Völker gehen mußten, nicht erspart bleiben.

Bumke-München wendet sich gegen Ausführungen von *Specht*. Das Material, das *Lange* vorgebracht hat, sei doch so erdrückend, daß man es unmöglich leichthin abtun könne. *Bumke* selbst hätte ja die Dinge früher viel optimistischer beurteilt, aber inzwischen lägen eben neue Tatsachen vor. An dem Rückgang der Geburten und damit an dem Aussterben wird man freilich kaum noch etwas ändern können; ob es aber wirklich ausgeschlossen sei, einer qualitativen Verschlechterung entgegenzutreten, das sei doch fraglich.

Schlußwort: *Lange*-München: Das Schwergewicht unseres Handelns muß vorerst auf der Förderung eines vertieften Wissens liegen. Alles, was ich vorbringen konnte, entstammt den verschiedensten Untersuchungen, keiner wirklich auf eine Klärung der Entartungsfrage gerichteten systematischen Forschung. Wollen wir gesetzgeberische Maßnahmen, dann müssen wir mit einem unumstößlichen Tatsachenmaterial aufwarten können. Es ist nicht verständlich, daß für diese allerwichtigste Frage eigentlich noch nichts geschehen ist. —

Um eine qualitative Besserung herbeizuführen, wird man nicht bei den zirkulären und schizophrenen Familien anfangen können — hier sind die Fragen zu verwickelt —, wohl aber bei dem ungeheuren intellectuell minderwertigen Material, das jetzt eine solch große Fortpflanzungsintensität zeigt. Hier ist auch ein wesentlicher Herd der Kriminalität — hier sind auch noch andere schlechte Anlagen. —

Der Kampf gegen die Ausbreitung dieser Minderwertigen, daneben die Förderung der hochwertigen, die heute steuerpolitisch, lohnpolitisch systematisch schlecht behandelt werden, — das sind die Aufgaben, deren Lösung wir vom Gesetzgeber fordern müssen, wenn wir ihm einmal ein gesichertes Tatsachenmaterial vorlegen können. —

Kolb-Erlangen legt alsdann der Versammlung einen „psychiatrischen Entwurf zu Leitsätzen für die Einbeziehung der Alkoholisten in die öffentliche Irrenfürsorge Bayerns“ vor. Den Entwurf hatte er Kollegen, besonders den Direktoren der bayerischen Anstalten zugeleitet mit der Bitte um Stellungnahme nach Besprechung mit den Ärzten. *Kolb* dankt den Direktoren, die sich zu diesem Entwurf vor der Tagung geäußert hatten, sowie den Kollegen außerhalb der bayerischen Anstalten, besonders Herrn *Delbrück*-Bremen und Herrn *Mainzer*-Nürnberg.

Er gibt dann eine kurze Begründung und Erläuterung des Entwurfes:

Die im Kriege verschwindend selten gewordenen Aufnahmen von Alkoholisten sind besonders in Kliniken, städtischen Durchgangsstationen und in Anstalten mit großstädtischem Aufnahmegebiet bedrohlich gestiegen (Kurve). Die Bekämpfung der Alkoholstörungen ist erschwert durch die starke Zersplitterung der einschlägigen Bestrebungen (Zahlen).

Eine einheitliche Zusammenfassung ist notwendig. Die Kreisgemeinden, die jetzt durch die Anstaltsverpflegung von Alkoholisten, in Zukunft durch die Versorgung des pathologischen Nachwuchses der Trinker belastet sind, haben ein besonderes Interesse an der systematischen Bekämpfung. Diese darf nicht zu einer Übertragung aller Lasten auf die durch die Irrenfürsorge schon schwer belasteten Kreise, sondern sie soll lediglich zu einer gewissen Zusammenfassung aller Bestrebungen nach einheitlichen Gesichtspunkten durch die Organe der Kreise, d. h. durch die örtlichen Kreisirrenanstalten führen.

Dabei ist die Betreuung der leichten Fälle den alkoholgegnerischen, besonders den charitativen Verbänden zu überlassen mit dem Vorbehalte einer gewissen Zusammenarbeit mit der örtlichen Heil- und Pflegeanstalt nach einheitlichen Gesichtspunkten. Die Verbände sollten Zuschüsse der Kreisgemeinden erhalten, damit sie durch Vermehrung ihrer Mitgliederzahlen den Anstalten Begleiter, überhaupt eine entsprechende Umgebung, alkoholfreie Familien und Arbeitsplätze für entlassene Trinker nachweisen und bei Bedarf offene Heilstätten errichten können, die in einem losen örtlichen und organisatorischen Zusammenhang mit den Kreisirrenanstalten stehen sollten.

Den öffentlichen Irrenanstalten würde außer einer zusammenfassenden Tätigkeit nach einheitlichen Gesichtspunkten die Versorgung der schwereren, vielfach psychopathisch veranlagten oder sonst geistig minderwertigen Trinker in der Anstalt., (bei zahlreicher Alkoholistenzugängen in anstaltseigenen Trinkerheilstätten!) und die offene Fürsorge für die aus den Anstalten entlassenen oder von der offenen Trinkerfürsorge zugewiesenen Alkoholisten zufallen.

Die nach dem Gutachten der Anstalt durch Anstaltsbehandlung nicht beeinflußbaren und für die Anstaltsbehandlung nicht geeigneten Trinker sollten im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen dem Arbeitshaus oder einer dem Arbeitshaus angegliederten Heilstätte zugewiesen werden, die in einem gewissen organisatorischen Zusammenhang stehen sollten mit der örtlichen Heil- und Pflegeanstalt. Die Zahl dieser 3. Gruppe von Trinkern ist wesentlich geringer als man denken sollte. (K. schätzt ihre Zahl in Nürnberg mit rund 400 000 Einwohnern auf 20 bis 25.)

Nur durch eine solche Zusammenfassung nach einheitlichen Gesichtspunkten würde eine wirkungsvolle Behandlung der Trinker in einem frühen, prognostisch günstigen Stadium gesichert und das bei Alkoholisten besonders schädliche „Wandern“ der Kranken von einer Stelle zur anderen, von einem Arzt zum anderen, verhütet werden, ohne daß die Durchführung des hier besonders wichtigen und unentbehrlichen Stufensystems (Progressivsystem) beeinträchtigt wäre.

In den Richtlinien wurde vermieden, strittige Fragen anzuschneiden, da Aufgabe der Kreisgemeinden nur die Versorgung der geistig nicht vollwertigen oder durch den Alkohol psychisch geschädigten Trinker sein kann, und da ein Erfolg um so sicherer erreicht wird, je weniger das Programm mit Fragen belastet wird, die zur Zeit praktisch nicht gelöst werden können und deren Einbeziehung nur Uneinigkeit stiftet.

Die Einbeziehung der Trinker in die öffentliche Irrenfürsorge erscheint deswegen empfehlenswert, weil den Kreisgemeinden die nötigen Einrichtungen, Sachverständigen, geschultes Personal zum größten Teil

schon zur Verfügung stehen, weil ferner die fehlenden Einrichtungen und Personen mit einem Mindestaufwand beschafft werden können, und weil die Aufgabe dem Wirkungsgebiet der Kreisgemeinden und der Irrenfürsorge am nächsten liegt und die Kreisgemeinde an einer wirksamen Erledigung der Aufgabe das größte Interesse hat.

Diese Gesichtspunkte gaben wohl auch Anlaß zur Min. Entschl. Nr. 5312 a 55 d. d. 8. I. 1926, deren wichtige Bedeutung darin liegt, daß sie eine Behandlung vieler Trinker auch ohne ihre und ihrer Familie Zustimmung gestattet.

Soweit die Mittel der Kreisgemeinden nicht ausreichen, sollten mit Zuschüssen diejenigen Faktoren eintreten, die aus der Besteuerung des Alkohols wesentliche Einnahmen schöpfen.

Ast-Eglfing: Wissenschaftliche Tätigkeit in den Anstalten und ärztlicher Nachwuchs.

Professor *Gaupp* erklärte in Kissingen auf der Tagung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in der Diskussion zum Referat *Eichelberg* über die psychiatrisch-neurologische Berufsausbildung, die sich von selbst auf die brennende Frage des ärztlichen Nachwuchses einstellte, er könne, was die Kliniken anlange, in die Klagen über Mangel an solchem nicht einstimmen; die Hauptursache dafür in den Anstalten sei die trostlose Therapie. Wenn einmal in den Anstalten wieder wissenschaftlich gearbeitet werde, würde auch die Tätigkeit in diesen wieder befriedigend und für junge Ärzte erstrebenswert sein. Das Urteil *Gaupps* über das, was doch die eigentliche Aufgabe des Irrenarztes ist, mag es auch in dieser allgemeinen Fassung Widerspruch erregen, führt doch mitten in die Problematik des praktischen Berufes des Irrenarztes und in den Kern der Nachwuchsfrage hinein. Denn die Vorstellung, die sich die angehenden jungen Ärzte von der Tätigkeit in einer Irrenanstalt machen, entspricht zweifellos dem, was *Gaupp* ausgesprochen hat, und ist der Hauptgrund für das geringe Angebot. *V.* hält es deshalb für angebracht, daß das Problem in der Zuspitzung, die ihm der Kliniker *Gaupp* gab, nun auch von der Seite des reinen Praktikers aus behandelt werde. Er will dabei weniger auf die schon oft besprochenen und in Richtlinien niedergelegten Mittel wissenschaftlicher Förderung im einzelnen eingehen, sondern sich auf einige Gedankengänge mehr grundsätzlicher Art beschränken. Das Problem läßt sich am besten aus der historischen Entwicklung heraus begreifen. Die Wende des 18. zum 19. Jahrhundert stellte den Irrenärzten die Aufgabe, die in der Bevölkerung zerstreut lebenden Geisteskranken in Anstalten aufzusammeln. Die Irrenanstalten wurden damit die ersten Stätten der ersten wissenschaftlichen Arbeit und Erkenntnis. Bekanntlich herrschte damals ein großer Optimismus, insbesondere in therapeutischer Beziehung. Mögen wir auch heute darüber lächeln, jedenfalls war dem praktischen Handeln eine breite Bahn eröffnet; wissenschaftliche und praktische Tätigkeit flossen in Eins zusammen, die Trennung von Kliniken und Anstalten gab es nicht, die Personalunion zwischen Kliniker und Direktor war das natürlich Gegebene, der Beruf in dieser Gestaltung bildete einen großen Anreiz; einen Mangel an Nachwuchs gab es nicht. Während nun die folgende Periode der Ernüchterung die Fortschritte der eigentlich bis heute in ununterbrochenem Aufschwung befindlichen For-

schung eher förderte als hemmte, blieb die Therapie im wesentlichen darauf beschränkt, die bestmögliche Behandlung und Unterbringung der Geisteskranken innerhalb der Anstalten zu suchen. Der Kampf um den Norestraint, die Schaffung der modernen Irrenanstalt beanspruchten Jahre und nahmen die Kräfte in Anspruch. Das ärztliche System wurde hiedurch zwangsläufig zweigeleisig, Arbeitsweise und Ziele der Kliniken und Anstalten liefen immer mehr auseinander. Die praktische Seite des Berufes mußte dabei schlecht abschneiden; wir bekamen auf der einen Seite eine durch neue Fragen immer neu belebte Klinikerschaft, auf der anderen Seite ein teilweise bis zum Luxus ausgebildetes Anstaltswesen mit einer schönen Außenseite, dessen einseitiges Ziel der bestmöglichen Anstaltsversorgung aber eigentlich das Eingeständnis der Hoffnungslosigkeit jeder Therapie war. Daß dieser Zustand früher oder später zu einer Krise des Anstaltsarztberufes führen müßte, haben einzelne weitblickende Kliniker und Praktiker immer vorausgesehen. Der ärztliche Nachwuchs blieb aus, weil das Ziel der Tätigkeit auch in den modernen Anstalten dasselbe blieb und nicht locken konnte. Nachdem die Krise sich also aus der Verzweigung des Irrenwesens in Kliniken und Anstalten herleitet, ist es kein Wunder, daß von klinischer, aber auch von praktischer Seite immer wieder der Ruf ertönte, zurück zum klinisch-wissenschaftlichen Betrieb. Nur durch wissenschaftliche Tätigkeit in den Anstalten könne dem Beruf Leben und Anziehungskraft gegeben werden. Ob man diese nur mit kleineren Mitteln wie der Anregung und Fortbildung, des Ärzteaustausches zwischen Anstalt und Kliniken, Abkommandierung von Anstaltsärzten an Forschungsinstitute, Besetzung gewisser Stellen in der Anstalt mit Wissenschaftlern usw. herbeizuführen suchte, oder ob man da und dort an eine sachliche und personelle Wiederumstellung des ganzen Systems im großen dachte, darüber liegen so recht klare Angaben nirgends vor. In den Ländern, in denen sich die Scheidung von Kliniken und Anstalten vollzogen hat, wird wohl im Ernst an eine Rückwärtsrevidierung dieser Entwicklung nicht gedacht werden können. In erster Beziehung weist *V.* kurz darauf hin, daß es sehr wünschenswert wäre, wenn aus den zahlreichen Vorschlägen endlich konkrete Dauereinrichtungen würden. Die praktischen Schwierigkeiten, die sich dem entgegenstellen, sind eben nicht gering. Es könnte aber auch auf einfachere Weise die Zusammenarbeit zwischen den Kliniken und den Anstalten gefördert werden, wenn z. B. die Kliniken mit den sie jeweils beschäftigenden Fragekomplexen, soweit sie sich für die Anstalten eignen — und viele Fragen können, das haben ja gerade die Kliniker immer wieder betont, nur mit Hilfe der Anstalten gelöst werden — direkt an die benachbarten Anstalten heranträten und so eine persönliche gegenseitige Zusammenarbeit zu bestimmten Zwecken herbeiführten. Die Anstalten müßten sich hiezu so bereitwillig wie möglich hergeben. Andererseits muß offen dem Zweifel Ausdruck gegeben werden, ob die Beteiligung der Anstalten an pathologisch-anatomischen, serologischen usw. Arbeiten und die Einrichtung von Sonder-Laboratorien zu diesem Zweck heutzutage noch rationell und wirtschaftlich vertretbar ist. Bei dem Maß von Vorkenntnissen und Übung, das diese Zweige der Forschung beanspruchen, scheint ein isoliertes Arbeiten auf eigene Faust doch mehr oder weniger als Spielerei. Hier scheint eine Zentralisation der Arbeit, wie sie z. B. bei einer Prosektur in Eglfing, einer Filiale des Münchener

Forschungsinstitutes, gegeben ist, nötig. Wenn auch alle die Bemühungen in der genannten Richtung Früchte getragen, und nicht wenige wissenschaftliche Arbeiten aus den Anstalten hervorgegangen sind, so muß man doch ehrlicherweise zugeben, daß der Erfolg im ganzen ausgeblieben ist. Das Gros der Anstaltsärzte hat bis heute noch nicht zu einer den Beruf befriedigend machenden wissenschaftlichen Tätigkeit gelangen können. Dies kann nicht allein an Fehlern der Methode oder der Personen liegen, sondern hat seine tiefen Gründe: Es ist eben etwas Anderes, mitten im wissenschaftlichen Getriebe zu stehen und an der Quelle der Fragestellungen, als abseits davon und sich womöglich selber die Frage stellen und sich ein Thema suchen zu müssen. Gerade die Selbstkritischen unter den Praktikern haben die meisten Hemmungen und verlieren leicht Mut und Initiative. Das wesentliche kann man in das Wort fassen: Niemand kann zwei Herren dienen. Man muß, um etwas Rechtes fertig zu bringen, dauernd auf eine Sache eingestellt sein, muß in ihr leben. Der gesamte Anstaltsbetrieb ist nun einmal nach anderen Zielen orientiert und erfordert nicht nur vom Direktor, sondern auch von jedem Anstaltsarzt das volle Interesse und ein gerüttelt Maß angestrengter Tätigkeit. Wenn also auch das Mittel der Befriedigung durch wissenschaftliche Tätigkeit versagte und, wie anzunehmen ist, auch künftig versagen wird, wie soll geholfen werden? Dies kann eben nur dadurch geschehen, daß dem praktischen Tun selbst ein Ziel gegeben ist, und um das zu arbeiten sich lohnt und Freude ist. Ist der Weg dazu wirklich durch die wissenschaftliche Einsicht von der trostlosen Therapie verbaut? Ohne dieser Einsicht widersprechen zu wollen. — *V.* weiß sich von einer Überschätzung unserer therapeutischen Möglichkeiten, wie z. B. der *Simon*'schen Arbeitstherapie völlig frei — kann man doch sagen: Tiefe und Breite therapeutischen Handelns ist, mehr als die Wissenschaft, etwas Zeitgebundenes, hängt nicht allein von dem jeweiligen Stand der reinen Erkenntnis, sondern auch von der kulturellen und soziologischen Struktur der Zeit und den Aufgaben, die sie stellt, ab, zumal auf einem Gebiet, wo es sich um seelische Dinge handelt. Und da bietet sich heutzutage den Irrenärzten eine große Chance, vielleicht größer und mehr Dauer versprechend als jene erste glückliche Periode unseres Irrenwesens. *V.* bekennt sich als überzeugten Anhänger der von *Kolb* und *Römer* in ihrem Buch für offene Fürsorge und den Blättern für psychische Hygiene niedergelegten Ideen und setzt des näheren die wissenschaftlichen und wirtschaftlichen Gründe auseinander, die zu einer Neuorientierung drängen. Das wesentliche ist die Preisgabe des Prinzips der einseitigen Anstaltsversorgung, durch die nicht nur mit den überall im Entstehen begriffenen Außenfürsorgen dem Anstaltsarzt das weite, ihn mit dem Leben in unmittelbare Berührung bringende Gebiet der Sozialpsychiatrie eröffnet wird, sondern durch die auch die Tätigkeit in der Anstalt ein ganz anderes Gesicht erhält. Seit der Wendung der Wissenschaft von der Erkrankung von schicksalhaftem Verlauf zur Einsicht vom komplizierten Aufbau jedes Falls von Psychose aus endogenen und anderen, der Beeinflussung noch zugänglichen Faktoren sind doch immerhin die Möglichkeiten einer Einwirkung näher gerückt, damit aber auch die Verantwortung gegenüber den Anstaltsinsassen erhöht worden. Wir sollten nicht mehr selbstgerecht auf die Anstaltsprodukte früherer Zeiten herabsehen, sondern uns dessen bewußt werden, daß wir auch in den modernen An-

stalten Hospitalisierungsprodukte gezüchtet haben, daß jede Art dauernder Anstaltsverwahrung mit ihrem Entzug des primitivsten Lebensbedürfnisses, Entzug der Freiheit und des Selbstbestimmungsrechts auf die affective und Willenstätigkeit unserer Kranken deletäre Wirkungen haben kann, vielleicht verhängnisvollere wie der Zwang früherer Zeiten, weil unvermerktere und allgemeinere. *V.* sieht das Hauptverdienst *Simons* darin, diese Wirkung des Anstaltsmilieus gewissermaßen experimentell gezeigt zu haben. Dagegen sollte man — bei der historischen, offenbar mit ihrer bisherigen Unfruchtbarkeit zusammenhängenden, Neigung unserer Therapie zum Schematisieren, eine wohl nicht überflüssige Erinnerung — des alten, guten Prinzips der individuellen Behandlung, der liebevollen Versenkung in den Einzelfall, die aus den alten Krankheitsgeschichten so lebhaft spricht, eingedenk bleiben. Nur auf diese Weise wird es gelingen, endlich doch zu feineren und mannigfaltigeren Indikationsstellungen zu gelangen und damit das bisher noch monotone Betätigungsfeld zu beleben. Es kann nicht ausbleiben, daß die so beschriebene, intensiver und hoffnungsvoller zugleich werdende Tätigkeit mit der Zeit die Ärzte befriedigen und genügenden Nachwuchs herbeilocken wird. Derselbe wird allerdings quantitativ immer ein mäßiger sein, aber nicht, weil der Beruf wenig, sondern weil er viel verlangt. Er erfordert eine hohe Stufe ärztlicher Ethik. Nur der, der auf unmittelbare sachliche und persönliche Erfolge zu verzichten imstande ist, der aber auch um so mehr, wird durch das namenlose Elend, das die Geisteskranken mit ihren Angehörigen darstellen, sich angezogen fühlen. Außerdem nimmt der Beruf, wenn man die maßgebende Rolle, die Neigung und Begabung bei der Berufswahl spielen, insAuge faßt, eine nicht recht glückliche Mittelstellung ein. Er ist ein praktischer Beruf und erfordert praktische Veranlagung und Neigung. Die nach dieser Richtung hin Begabten werden aber in der Mehrzahl anderen Fächern zustreben, während die mehr gnostisch, auf Erkennung und Forschung Gerichteten, sich wieder gleich zu den Klinikern und Forschungsstätten hin wenden. Die Mischung von praktischer und gnostischer Begabung, die wir gerade brauchen, wird nicht so häufig anzutreffen sein. Bedeutet es, wenn wir so den Akzent auf die praktische Seite des Berufes legen, einen Verzicht auf wissenschaftliche Tätigkeit? In gewissem Sinne ja! Der Typus des Irrenarztes, der in der Stille hinter den Anstaltsmauern seinem ernsten Berufe nachging und die Befriedigung, die ihm die Praxis versagte, bestenfalls in wissenschaftlicher Arbeit suchte, muß heutzutage einem anderen weichen, der mit voller Hingabe und mitten im Leben stehend, sich den praktischen Einzelaufgaben widmet, die nun an ihn herantreten. Skeptiker und Pessimisten werden für sie kaum geeignet sein. Auf der anderen Seite können sie nur von einer mit wissenschaftlichem Geiste durch und durch erfüllten und mit allen Mitteln der Wissenschaft vertrauten Ärzteschaft geleistet werden. Von ihr muß immer wieder Anregung und Belehrung erholt werden. Mit dieser Seite wissenschaftlicher Tätigkeit müssen wir Praktiker in der Mehrzahl uns mehr oder weniger bescheiden. Eigene wissenschaftliche Arbeit kommt erst in zweiter Linie in Betracht, dort, wo Begabung oder besonders günstige äußere Umstände eine Gewähr dafür bieten, daß auch wirklich dabei etwas herauskommt. Es liegt darin keine Beschränkung der Zusammenarbeit zwischen Kliniken und Anstalten, im Gegenteil scheint diese

besser gesichert, wenn sich Anstalten und Kliniken möglichst rationell auf die ihnen eigenen Zwecke einstellen. Die Bausteine, die aus der wissenschaftlich vertieften praktischen Erfahrung heraus der klinischen Forschung geboten werden können, werden für sie wertvoller sein als manche wissenschaftlichen Eigenprodukte und wir Praktiker werden mit verdoppelten Fragestellungen an sie herantreten können, die wiederum für sie anregend sein werden. *V.* schließt zusammenfassend: Wir Praktiker können an die *Gaupp'sche* Formel, die uns den Nachwuchs bringen soll, bei allem wissenschaftlichen Streben, das uns erfüllt, nicht glauben. Sie ist unzeitgemäß und geeignet, den angehenden Irrenärzten Glaube und Liebe zu ihrem neuen Beruf zu nehmen. Nicht in der Flucht vor ihm in lohnendere Gefilde, sondern in der herzhaften Zuwendung zu ihm, in seiner Erweiterung und Vertiefung, den Aufgaben der Zeit entsprechend, beruht die Zunkunft unseres Standes.

Aussprache: *Specht*-Erlangen stimmt den Ausführungen des Referenten voll inhaltlich bei und weist in längeren Ausführungen die weitverbreitete Ansicht entschieden zurück, als ob die wissenschaftliche Arbeit des Anstaltspsychiaters erst mit dem Eintritt in das Laboratorium beginnt. Der Schwerpunkt der wissenschaftlichen Betätigungen des Psychiaters liegt immer auf klinischem Gebiet. Die histologischen, psychologischen und chemischen Laboratoriumsarbeiten müssen, wenn Ersprießliches dabei herauskommen soll, den besonders dafür begabten Fachkollegen vorbehalten bleiben. Wer für die rein klinische Arbeit kein Interesse aufbringen kann, sollte dem psychiatrischen Berufe fernbleiben.

Spatz-München weist auf die große Fülle von wichtigen gehirnanatomischen und gehirnpathologischen Untersuchungen hin, die aus selbständigen Laboratorien von Anstalten hervorgegangen sind. Bahnbrechende und für die ganze Entwicklung der Lehre von den materiellen Grundlagen psychischer Erkrankungen bedeutungsvollste Arbeiten von *Nißl* und von *Alzheimer* sind in den Laboratorien einer Irrenanstalt entstanden. Heutzutage hat sich eine Organisation sehr fruchtbar erwiesen, wie sie sich z. B. seit langem in München herausgebildet hat: Systematische Zusammenarbeit zwischen selbständigen anatomischen Laboratorien von Irrenanstalten mit den Laboratorien der Forschungsanstalt und der Klinik. Diese Zusammenarbeit hat sich sehr bewährt und für beide Teile höchst wertvoll gezeigt. Viele und gerade die wichtigsten Probleme können überhaupt nur an Anstaltsmaterial gelöst werden. Die Erfahrung hat gelehrt, daß an selbständigen Laboratorien von Irrenanstalten besonders bei Zusammenarbeit und fortwährendem Gedankenaustausch mit Universitäts-Instituten für die Wissenschaft wichtige, ja unentbehrliche Arbeit geleistet werden kann.

Plaut-München: Man sollte der ohnedies nicht sehr großen Gruppe von Anstaltsärzten, die das Bedürfnis nach wissenschaftlicher Betätigung haben, diese Betätigung nicht verwehren. Zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten von hohem Werte sind aus den bayerischen Anstalten hervorgegangen, und es wäre ein Verlust für die Wissenschaft, wenn der wissenschaftliche Geist in den Anstalten nicht jede Förderung erfahren würde. *Kraepelin* hat bald nach seiner Übersiedelung nach München einen Ärzteaustausch zwischen der Klinik und Eglfing eingerichtet, der sich jedoch leider nicht aufrecht erhalten ließ. Den Anstaltsärzten, die wissenschaft-

lich arbeiten wollen, muß an den Kliniken oder an der Forschungsanstalt Gelegenheit hierzu gegeben werden. Dies zu ermöglichen, ist eine Personal- und eine Geldfrage. Es muß für eine ausreichende Zahl von Ärzten an den Anstalten gesorgt werden, so daß der Anstaltsdienst unter der Forschungsarbeit nicht leidet, und es müssen Geldmittel für Vertretungen und für Aufwandsentschädigungen bereitgestellt werden. Außer den bayerischen Kreisen ließe sich möglicherweise auch eine Notgemeinschaft dafür interessieren. Es gibt eine große Reihe von Fragestellungen, die ohne große Kosten und ohne umständliche Apparatur in den Anstalten bearbeitet werden können. Die Forschungsanstalt wird auf das wärmste alle wissenschaftlichen Bestrebungen an den Anstalten unterstützen und die Kollegen aus den Anstalten jederzeit in ihren Laboratorien willkommen heißen.

Klüber-Klingenmünster unterstreicht die Ausführungen *Plauts*: der gute Wille, auf irgend einem Spezialgebiete wissenschaftlich zu arbeiten, ist sicher bei vielen jüngeren und älteren Anstaltsärzten vorhanden. Aber so lange der einzelne Anstaltsarzt 200 bis 300 Kranke täglich zweimal ärztlich zu versorgen hat (während der 4 bis 5 Urlaubsmonate sogar meist bis zu 400 Kranke), ist natürlich an eine wissenschaftliche Betätigung der überlasteten Ärzte außer der täglichen Fron nicht oder nur in seltenen Ausnahmefällen zu denken. Wenn der Arzt abends totmüde vom Abteilungsdienst nach Hause kommt, ist es ihm kaum mehr möglich, sich so umzustellen, daß er noch spezielle wissenschaftliche Fragen bearbeiten kann, und er vermag die geistige Spannkraft dafür kaum mehr aufzubringen. Wir werden erst dann an den Heilanstalten mehr wissenschaftlich arbeiten können, wenn uns mehr Ärzte zur Verfügung gestellt werden. Diese Vermehrung würde in erster Linie nicht theoretischer Wissenschaft dienen, sondern vor allem auch den Kranken und ihrer rascheren Gesundung und Entlassungsfähigkeit zugute kommen, so daß sich diese Ausgaben auch als produktiv erweisen.

Luxenburger-Basel: Daß die Eigentümlichkeiten des Anstaltsdienstes sich mit wissenschaftlicher Tätigkeit grundsätzlich gut vereinbaren lassen, lehren die Verhältnisse in der Schweiz. Burghölzli, Friedmatt, Asyle de Céry, Bel Air sind neben ihrer Eigenschaft als Universitätskliniken Irrenanstalten, und zwar große Heil- und Pflegeanstalten mit dem ganzen Aufgabenkreis der letzteren. Die Assistenten der Klinik sind zugleich Abteilungsärzte der Anstalt und ihre Belastung mit allerlei Formalismen ist eher größer und der Verkehr mit den Behörden und der Öffentlichkeit eher noch umständlicher und zeitraubender als in Bayern; dies liegt an gewissen Eigentümlichkeiten der Demokratie. Wir wollen nicht behaupten, daß diese Vereinigung von Klinik und Anstalt prinzipiell ein Vorteil sei. Jedenfalls lehrt aber die Praxis der Schweiz, daß Anstaltsdienst und wissenschaftliche Arbeit nicht Alternativen sind, die sich gegenseitig ausschließen. Die Ärzte müssen nur wollen, dann können sie auch; Voraussetzung bleibt aber, daß die Krankenziffer, die auf einen Arzt trifft, in Bayern ganz erheblich herabgesetzt wird — zum mindesten auf 110 — und daß Volontäre und Medizinalpraktikanten in höherem Maße zur Entlastung der Abteilungsärzte herangezogen werden, als es bisher leider üblich und vielleicht möglich ist.

Berg-Kaufbeuren: Zur Nachwuchsfrage: 1. Die Anstaltspsychiatrie muß aus der Isolierung heraus. Mehr Anschluß an die Außenwelt und Mög-

lichkeit zu regelmäßigem Gedankenaustausch mit anderen Ärzten und den gebildeten Schichten der Bevölkerung. Die einsame, fernab vom Verkehr gelegene Anstalt erschwert den dauernden, auch außerdienstlichen Verkehr mit Kollegen, was auf die Dauer zu Unzuträglichkeiten führen muß und nicht dazu beiträgt, die Ärzte seelisch frisch zu erhalten. 2. Ausgestaltung der ärztlichen Tätigkeit ist gebieterische Pflicht. Hilfsarzt, Anstaltsarzt, Oberarzt, stellv. Direktor müssen sich in ihren Dienstaufgaben von einander unterscheiden. Vom Oberarzt wenigstens an muß dem Arzt größere Selbständigkeit gewährt werden. Um- und Ausgestaltung der ärztlichen Konferenzen auf ein höheres Niveau. Angliederung neurolog. Abteilungen (auch im Hinblick zu Punkt 1). Gelegenheit zu regelmäßigen Fortbildungskursen und zur Spezialausbildung nicht nur auf dem Gebiet der reinen Psychiatrie (z. B. Pathologie, innere Medizin, Röntgendiagnostik usw. 3. Möglichkeit des Übertritts zum Landgerichts- und Bezirksarzt erscheint notwendig, um einer zu großen Überalterung des ärztlichen Nachwuchses vorzubeugen. — Die wissenschaftliche Tätigkeit an den Anstalten allein ohne die Möglichkeit eines rechtzeitigen Aufstieges in leitende Stellung wird den Nachwuchs im günstigen Sinne nicht nennenswert beeinflussen.

Entres-Werneck: Die Forderung nach wissenschaftlicher Tätigkeit in den Anstalten wurde seinerzeit von *Gaupp* nicht richtig begründet. Der Herr Vortragende hätte m. E. gerade diese Tatsache scharf hervorheben müssen. Es kann sich nicht darum handeln, den Ärzten der Heil- und Pflegeanstalten in der wissenschaftlichen Tätigkeit eine Befriedigung zu geben, die sie in ihrer eigentlichen Berufsarbeit nicht finden, wie *Gaupp* meint. Traurig wäre es um uns Anstaltsärzte bestellt, müßten wir innere Befriedigung auf einem mehr oder minder abseits von unserer praktischen Arbeit liegenden Gebiet suchen, also etwa in der Beschäftigung mit wissenschaftlichen Fachproblemen oder gar in irgendwelchen Sonderliebhabereien. Vielmehr ist es so, daß die Forderung nach wissenschaftlicher Durchdringung der anstaltsärztlichen Tätigkeit sich aus der den Stadtverwaltungen usw. längst geläufigen Erkenntnis herleitet, daß immer nur derjenige der beste Krankenhausarzt sein wird, der neben der praktischen Befähigung wissenschaftlich eingestellt ist und seine Fachwirtschaft völlig beherrscht. Dabei will keineswegs übersehen werden, wie sehr wissenschaftliche Betrachtung der einzelnen Krankheitsfälle dem Anstaltsarzt Anregung bietet und sein Interesse am Beruf lebendig erhält. Im übrigen, wenn man auch alle Möglichkeiten wissenschaftlicher Betätigung den Anstaltsärzten eröffnete, den Zugang zum anstaltsärztlichen Beruf wird man dadurch nicht nennenswert heben. Das hat m. E., abgesehen von den wirtschaftlichen Verhältnissen der Ärzte, zwei Gründe, einmal den, daß die dienstliche Stellung des Abteilungsarztes mancherorts noch eine zu unselbständige ist, wenigstens für den älteren erfahrenen Abteilungsarzt. Eine etwas großzügigere freiheitlichere Regelung wäre hier sicher angebracht. Zum anderen ist ein wesentlicher organisatorischer Mangel des ärztlichen Dienstes in den Heil- und Pflegeanstalten insoferne gegeben, als der einzelne Abteilungsarzt mit der Obsorge für zu viele Kranke belastet ist. Bei bis zu 200 und mehr Kranken pro Arzt — in der regelmäßig bis zu $^1/_3$ des Jahres sich erstreckenden Vertretungen hat der einzelne Arzt dann 300 und mehr Kranke zu betreuen — läßt sich eine auf genauer

wissenschaftlicher Erfassung des Einzelfalles abgestellte Behandlung nimmermehr durchführen. Letzten Endes verführt die dauernde Unmöglichkeit, den Anforderungen einer gewissenhaften Heilbehandlung in so vielen Einzelfällen gerecht zu werden, zu therapeutischem Schlendrian, und gerade das ist es, was gewissenhafte und verantwortungsfreudige Ärzte abschreckt, den Beruf eines Anstaltsarztes zu wählen.

v. Hößlin-Ansbach: Auf Grund persönlicher Erfahrungen kann ich sagen, daß eine wirklich erfolgreiche ärztliche Behandlung unserer Kranken im Sinne der neuzeitlichen Bestrebungen nur möglich ist, wenn die Zahl der Kranken, die der einzelne Arzt zu betreuen hat, eine niedrige ist, beispielsweise 40 bis 50, wie dies während meiner klinischen Assistentenzeit der Fall war. Der Anschauung Herrn *Asts*, daß Laboratorien in Anstalten überflüssig seien, weil das Arbeiten der Anstaltsärzte in solchen Laboratorien doch nur mehr oder weniger eine Spielerei sei, bei der nichts herauskommt, kann ich nicht beipflichten. Ich bin im Gegenteil der Anschauung, daß gerade das Arbeiten in solchen Laboratorien die enge Fühlung mit der Wissenschaft aufrecht erhält und fördert und daß, selbst wenn dieses Arbeiten nur ein „dilettantisches" sein mag, daraus ein großer Gewinn nicht nur für den einzelnen Arzt, sondern auch für die Anstalt resultiert. Ich möchte daher befürworten, daß auch in den Heil- und Pflegeanstalten Räume und Mittel für den Betrieb von Laboratorien bereitgestellt werden.

Gückel-Neustadt: Einer der Gründe der Nachwuchskrisis ist wohl der, daß der Anstaltsarzt bei vorzeitigem Austritt aus der Anstalt nicht weiß, wohin. Es droht ihm ein ähnliches Elend wie dem Reichswehrsoldaten mit den langfristigen Dienstzeiten, wenn er mit der Anstaltslaufbahn als Lebensberuf nicht zurechtkommt. Er muß von vornherein der Gefahr enthoben werden, daß seine Anstaltsjahre, die als psychiatrische Fachausbildung zu gelten haben, für sein wirtschaftliches Fortkommen draußen verloren sind. Reine Psychiatrie ernährt seinen Mann nicht. Nach den Bestimmungen des deutschen Vereinsbundes wird neben 2 Jahren Psychiatrie- ein Jahr Neurologie-Ausbildung verlangt, um auf das Schild Nervenarzt schreiben zu dürfen. Es ist anzustreben, daß jeder Anstaltsarzt vor oder während seiner Anstaltstätigkeit ein Mindestmaß neurologischer Ausbildung erhält. Dies vertieft überdies das klinisch wissenschaftliche Verhältnis zur Psychiatrie. Es ist an den deutschen Ärzte-Vereinsbund heranzutreten mit dem Antrag, er möge die Bedingungen der Anerkennung der Anstaltsärzte als Nervenfachärzte nach ihrem Austritt aus der Anstalt weitgehend erleichtern. — Die psychiatrischen Universitäts-Kliniken haben diese Frage bereits gelöst.

Neubürger-Eglfing äußert sich im gleichen Sinne wie die Herren *Spatz*, *Plaut*, *v. Hößlin*. Er erinnert an die vorzüglichen, wissenschaftlich wertvollen Arbeiten, die aus den Laboratorien einiger norddeutscher Heil- und Pflegeanstalten hervorgegangen sind. — Nach Behebung des Ärztemangels an unseren Anstalten und Bereitstellung der nötigen Geldmittel wäre es sehr wünschenswert, wenn an einzelnen Anstalten, an denen besonders interessierte Ärzte tätig sind, histologische Laboratorien eingerichtet würden; es wäre Gelegenheit geboten, daß die betreffenden Herren, natürlich in ständiger Fühlung und Zusammenarbeit mit der Forschungsanstalt, bes. deren Prosektor, wissenschaftlich interessante Fälle ihrer

Anstalt eingehender bearbeiten, als das an den zentralen Instituten oft möglich ist; diese Bearbeitung würde mit um so größerem Verständnis erfolgen, als ja die Untersucher die Fälle klinisch gekannt haben.

Bumke-München erinnert daran, daß nicht nur in früheren Jahren, sondern bis in die neueste Zeit wertvollste wissenschaftliche Arbeiten aus Anstalten hervorgegangen sind. Wenn ihre Zahl abnähme, so läge das wohl sicher daran, daß namentlich die älteren Anstaltsärzte in zunehmendem Maße durch Verwaltungsgeschäfte in Anspruch genommen würden. Daß der Anstaltsarzt seine Hauptbefriedigung in der Fürsorge für seine Kranken erblicken müsse, verstünde sich von selbst; daß diese Befriedigung aber noch größer sein würde, wenn daneben in der Anstalt auch noch ein wissenschaftlicher Geist herrsche, sei doch nicht zu bestreiten. Insofern sei zu wünschen, daß den Assistenten der Universitätskliniken die wissenschaftlich eingestellt seien, der Übergang in die Anstalts-Karriere dadurch erleichtert würde, daß ihre klinischen Jahre Anrechnung fänden.

Schlußwort: *Ast*-Eglfing: Bei der großen Zahl der Diskussionsredner darf ich mir wohl einige Zusammenfassungen erlauben. Herrn *Bumke* erwidere ich, daß wir Direktoren uns immer dafür eingesetzt haben, daß die an den Kliniken zugebrachten Dienstjahre angerechnet werden. Kein Nachwuchs wie der von der Klinik ist uns erwünschter. Die Widerstände liegen mehr bei den Behörden, und es ist deshalb sehr zu begrüßen, daß ihre hier anwesenden Vertreter von so autoritativer Seite auf diesen Punkt aufmerksam gemacht worden sind. Ein Teil der Vorredner hat darauf hingewiesen, daß noch eine Reihe anderer Gründe für den Mangel an Nachwuchs existieren. Ich habe das nicht bestritten, sondern mich mit Absicht auf das Thema „wissenschaftliche Tätigkeit und Nachwuchs“ beschränkt, und gehe deshalb auch jetzt nicht weiter auf sie ein. Ob man auf pathologisch-anatomische usw. Sonderlaboratorien verzichten soll oder nicht, ist eine rein praktische Frage. Wenn die in erster Linie hier kompetenten Herren *Plaut*, *Spatz*, *Neubürger* usw. glauben, daß auch in einfach ausgestatteten Laboratorien in den Anstalten Wertvolles geleistet werden kann und uns hiefür geeignete Kräfte in Aussicht gestellt werden, lassen wir uns gerne eines Besseren belehren. Ich fürchte aber, daß es sich hier immer nur um Einzelfälle handeln wird, und daß das Gros der Ärzte, um das es sich doch handelt, auf diese Weise doch nicht in einen wissenschaftlichen Betrieb einbezogen werden kann. Es besteht auch die Gefahr, auf die Herr *Specht*, den ich im übrigen für seine Ausführungen herzlich danke, treffend hingewiesen hat, daß bei dem Fehlen solcher Kräfte die Laboratorien jahrelang leer stehen. Wenn ich auf die mehr grundsätzlichen Einwendungen eingehen soll, so möchte ich zunächst Herrn *Entres* sagen, daß ihm der Leitgedanke meiner Ausführungen entgangen zu sein scheint. Ihr Zweck war ja, die nach meiner Meinung unrichtige Problemstellung *Gaupp*s zurechtzurücken. Wenn einige Herren sie dahin verstanden haben, daß nun den Anstaltsärzten das wissenschaftliche Arbeiten erschwert oder unmöglich gemacht werden soll, so ist das ein Mißverständnis. Ich habe ja ausdrücklich betont, daß die großen Aufgaben, die heute dem Anstaltsarzt obliegen und seine ganze Kraft in Anspruch nehmen, nur von einer mit wissenschaftlichem Geist erfüllten und bei den Fortschritten der Wissenschaft in stetiger Fühlung bleibenden Ärzteschaft gelöst werden können. Auch daraus, daß ich den

gnostischen Einschlag in dem Ärztematerial, das uns zuströmen soll, als nötig und wünschenswert bezeichnet habe, geht wohl hervor, für wie unentbehrlich ich die wissenschaftliche Einstellung halte. Herrn *v. Hößlin* allerdings, der meint, daß man auf die Gefahr hin, dilettantisch zu werden, wissenschaftlich arbeiten müsse, kann ich nicht beistimmen. Für dilettantische Tätigkeit ist heutzutage Zeit und Geld zu kostbar. Es ist erfreulich, daß die wissenschaftlichen Leistungen der Anstalten heute so anerkannt worden sind, aber es wird damit noch nicht das Bestehen der Berufskrise geleugnet werden wollen. Von fast allen Seiten endlich wurde auf die zu geringe Zahl der Ärzte und den Mangel an Zeit für wissenschaftliche Tätigkeit hingewiesen. Auch ich halte selbstverständlich eine Vermehrung der Ärztestellen, zumal für die neuen Aufgaben, für unbedingt nötig, halte es aber für aussichtslos so viele zu bekommen, wie für einen wissenschaftlichen Betrieb nötig wären. Ich darf noch einmal wiederholen, was mir als Lösung des Problems vorschwebt: Die bis jetzt fehlende Befriedigung im praktischen Beruf muß in diesem selbst gesucht werden. Aus dessen Gestaltung und Vertiefung, wie ich sie darzustellen versucht habe, wird sich ganz von selbst, ohne krampfhaft gesucht werden zu müssen, wissenschaftliche Tätigkeit ergeben und in weiterer Folge auch wertvolle wissenschaftliche Einzelarbeiten.

Zweite Sitzung (nachmittags).

Bostroem-München: Über die sogenannten Tabespsychosen.

Die Bezeichnung Tabespsychose geht von unrichtigen Voraussetzungen aus, denn bei den so genannten Krankheitsbildern (vorwiegend Halluzinosen und paranoide Zustände) handelt es sich nicht um Erkrankungen, die durch eine Eigenart des tabischen Prozesses bedingt sind, sondern die körperliche Grundlage ist hier eine Hirnlues, und zwar in der Regel eine luische Gefäßerkrankung. Wir haben es also mit einer Kombination von Tabes und Lues cerebri zu tun, Kombinationen, die häufiger (oft auch ohne auffällige psychische Störungen) vorkommen, als man allgemein anzunehmen geneigt ist. Um die typisch halluzinatorisch-paranoiden Bilder hervorzurufen, genügt die Lues cerebri aber offenbar allein auch nicht, sondern hierzu bedarf es entweder einer bis dahin vielleicht latent gebliebenen schizophrenen Anlage, oder es muß auf eine andere Weise eine Bereitschaft für derartige Bilder geschaffen sein. Das scheint am häufigsten durch den Alkohol zu geschehen; ganz allgemein gesagt gehören zur Entstehung dieser Art von Psychosen, wie zu den komplizierteren Luespsychosen überhaupt, nicht ein, sondern mehrere pathogenetische Faktoren.

Ewald-Erlangen: Encephalitis und Commotionsfolgen.

Die Entscheidung des Reichsversicherungsamtes, daß die Vorstellung krank zu sein, nicht mehr als entschädigungspflichtige Unfallsfolge gilt, ist ungemein zu begrüßen, macht aber ein besonders vorsichtiges Abwägen eventuell vorhandener objektiver und subjektiver Beschwerden dem Arzte zur Pflicht. Gegen das Übersehen objektiver Folgen schützt eine genaue fachärztliche Untersuchung. Schwierigkeiten können dagegen bei Beurteilung der subjektiven Beschwerden erwachsen. Man darf hier auch nicht über das Ziel hinausschießen, und alle subjektiven Beschwerden für

nur psychogen halten. Die Encephalitisepidemie hat gelehrt, daß im Beginn eines amyostatischen Symptomenkomplexes eine Fülle von Beschwerden bestehen kann (Kopfschmerzen, Schwindel, Schlaflosigkeit, schreckhafte Träume usw.), die den nach Commotio geklagten so gleich sind, daß mit Vorsicht einmal erwogen werden muß, ob nicht durch die Commotio eine funktionale Lage im Hirnstamm geschaffen werden kann, die der enzephalitischen ungemein ähnlich ist. Da aber die Encephalitis ein progredienter Prozeß ist, es sich bei den Commotionsfolgen um einen Restitutionsprozeß handelt, wird man bei dieser mit einer schnellen Ausgleichung der Beschwerden, die auch selten eine nenneswerte Arbeitseinbuße bedingen, rechnen dürfen. Für die Schnelligkeit des Restitutionsprozesses haben wir aber leider kein Maß, sie wird nicht nur nach Alter, sondern auch nach der Konstitution eine verschiedene sein, und man wird hier nicht ein festes Schema aufstellen können, sondern wird bei sachlichem Gesamtverhalten hin und wieder einmal ein längeres Andauern subjektiver Beschwerden glauben müssen. Eine dauernde Hirnschädigung nach Commotio und Schädelbruch wird man neben dem Korsakoff und neurologischen Ausfällen auch zuweilen in einem auffallenden Mangel an Spontaneität sehen dürfen, der meist nicht hinreichend gewürdigt wird. Es wird über zwei Fälle von Schädelbruch und Commotio berichtet, die dem Vortragenden gerade wegen des auffallenden Mangels an Spontaneität, der sich bei dem 50jährigen Kranken sehr bald nach dem Unfall bemerkbar machte, und der in dem einen Fall auch noch vergesellschaftet war mit kurzen Absenzen und einem 1½ Jahre andauernden ungemeinen Schlafbedürfnis (der Kranke schlief oft am hellichten Tage ein), als organisch Hirngeschädigte erschienen, obwohl ein typischer Korsakoff nicht bestand. Die Annahme eines zufälligen Zusammentreffens von Unfall und Rückbildungserscheinungen solchen Ausmaßes um das 50. Lebensjahr herum bei fehlender Arteriosklerose erschien keine ausreichende und namentlich keine hinreichend gesicherte Erklärung, so daß kleine Dauerrenten (von 30%) bewilligt wurden. Nebenher liefen die üblichen Klagen über Kopfschmerzen, Schwindel, Schlafstörung und schwere Träume. Ob es nicht fließende Übergänge von der einfachen schnell abheilenden Commotio zu derartigen Dauerschäden gibt, scheint im Hinblick auf die bei der Encephalitis gemachten Erfahrungen über organisch bedingte „neurasthenische" Zustände einer vorsichtigen Überprüfung wert.

Aussprache: Von *Rad*-Nürnberg: Auf der neurologischen Abteilung des hiesigen Krankenhauses sind im Laufe der letzten Jahre auch einige Fälle von Parkinsonismus zur Beobachtung gekommen, bei denen die Möglichkeit einer traumatischen Entstehung nicht ganz von der Hand zu weisen war. Einige Male war bei diesen Fällen der Zuckergehalt im Liquor wesentlich erhöht, was doch vielleicht zur Klärung der Fälle beitragen kann; wenn es auch selbstverständlich nicht angeht, auf Grund nur weniger Beobachtungen weitgehende Schlüsse zu ziehen, so möge doch damit die Anregung gegeben werden, in derartigen Fällen den Zuckergehalt des Liquors untersuchen zu lassen.

Guttmann-München: Über flüchtige cerebrale Herderscheinungen.

Flüchtige Herderscheinungen sind häufig und kommen auf verschie-

dene Weise zustande. Einige Typen werden geschildert. Humorale Verschiebungen lassen gelegentlich alte, sonst kaum nachweisbare Hirnherde klinisch manifest werden. Störungen des Gesamtkreislaufes führen u. U. zu Erscheinungen von seiten solcher Gebiete, deren Gefäße stark verändert sind. Die Migräne kann zu mehr oder minder lang dauernden Ausfallserscheinungen führen, ebenso die diffuse oder zirkumskripte Meningitis serosa. Besondere Beachtung verdient das lokalisierte Oedem der Meningen.

Die Flüchtigkeit der Störungen erklärt sich aus ihrer Pathogenese. Die Herderscheinungen sind der Ausdruck funktioneller Abänderungen zwar nicht in den nervösen Zentralorganen, sondern in den sie umgebenden und flüssigen Medien. Vasospasmus oder Stase, Liquoransammlungen der Oedeme der Hirnhäute führen sekundär zu Symptomen von seiten des Zentralnervensystems. Dabei fehlt in unseren Beobachtungen noch die funktionelle Blutung, also etwa eine Auswirkung dessen im Zentralnervensystems ,was *Schindler* als psychogene haemorrhagische Diathese umschrieben hat.

In psychiatrischer Hinsicht erscheinen derartige Fälle vor allem beachtenswert wegen des Krankheitswertes, den funktionelle Störungen beanspruchen. Hysterische Symptome pflegen auf funktionellen Störungen zu beruhen, d. h. auf quantitativen Abänderungen der normalen Funktion, wie sie auch auf andere Weise, nicht psychoreaktiv zustandekommen können. Aber selbst dort, wo funktionelle Organstörungen sicher hysterisch, idiogen, Ausdruck tendenziöser Reaktionen sind, läßt sich nicht von vorneherein entscheiden, ob sie reversibel bleiben. Auch einmalige oder wiederholte Rückbildung der Erscheinungen läßt sich nicht mit Sicherheit schließen, ob nicht doch einmal ein Defektsymptom sich herausbildet.

Gewiß sind Fälle selten, wo gerade hysterische funktionelle Störungen zu Ausfallssymptomen führen; daß sie aber überhaupt vorkommen, ist von größter Bedeutung für die Theoriebildung und sicher auch nicht ganz unwichtig für die Praxis.

Aussprache: *Guttmann*-München: (auf Anfrage von Dr. *Schapfl*-Eglfing nach Verhalten des Blutdrucks): Bei den daraufhin untersuchten Fällen fanden sich entweder auffällige Blutdrucksenkungen oder Blutdruckschwankungen.

Haenel-München: Neurologische Erscheinungen bei Schizophrenien.

Hinsichtlich der Genese sind die beobachteten mannigfaltigen neurologischen Symptome bei Schizophrenien in 4 Hauptgruppen einzuteilen. Große Schlafmittelgaben können außer den bekannten Vergiftungserscheinungen auch Augensymptome, besonders Nystagmus, hervorrufen. Bei katatonen Erregungszuständen, als deren anatomisches Substrat die Hirnschwellung *Reichardts* anzusehen ist, kommen je nach Ausdehnung und Lokalisation verschiedenartige Symptome zustande. Es ergibt sich eine lückenlose Reihe von der Katatonie ohne Lokalsymptome (diffuse Hirnschwellung) bis zum Pseudotumor Nonnes mit leichten katatotonischen Erscheinungen. Habituelle Paresen, die auf früh erworbene Schädigungen des Zentralnervensystems zurückzuführen sind, können parallelgehend mit dem psychischen Krankheitsbild sich verstärken, bisher latente manifest werden. Die Beobachtung dreier Fälle von Reflexverlust

im Verlaufe von verschiedenartigen schizophrenen Psychosen läßt an der Hirnschwellung entsprechende Vorgänge im Rückenmark denken und die Möglichkeit in Betracht ziehen, daß durch die Hirnschwellung selbst bei Schizophrenien zerebrale Reflexbögen unterbrochen werden.

Schulz-München: Über die hereditären Beziehungen der Chorea minor.

An der genealogischen Abteilung der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie wurden Anfang 1926 wurde von Frl. Dr. *Guschner* die Geschwister, die Eltern und die Geschwister der Eltern von 50 Chorea minor-Kranken (39 Fälle der Münchenener Universitäts-Kinderklinik und 11 Fälle der Münchener Psychiatrischen Universitätsklinik) durchgeforscht. Es fanden sich in allen 3 Verwandschaftsgruppen (korrigierte) Prozentziffern für Dementia praecox und für Epilepsie, die mindestens das 2 bis 3 fache der für diese Psychosen unter einer Durchschnittsbevölkerung gefundenen Werte betrugen. Auch die aufgeregt-reizbaren Persönlichkeiten, die Trunksüchtigen, die Kriminellen zeigten sich gegenüber dem Durchschnitt etwa doppelt so häufig, ebenso die Kopfschmerzbehafteten und die an Migräne Leidenden. Auch für Gelenkrheumatismus, Muskelrheumatismus, Neigung zu Anginen und Katarrhen wurden in der Verwandtschaft hoch anmutende Ziffern gefunden, doch fehlt es für diese bisher an einwandfreiem Vergleichsmaterial aus der Durchschnittsbevölkerung. Veitstanz selbst fand sich unter den Geschwistern zu 4,6%, unter den Eltern zu etwa 2%, unter den Geschwistern der Eltern 1,7%. Bindende Schlüsse läßt das kleine Material noch nicht zu. Die Probanden sind in bezug auf Belastung unausgelesen, gehören allerdings — wie überhaupt ein großer Teil des Krankenmaterials der Münchener Universitätskinderklinik — den sozial meistbenachteiligten Schichten an. (Der Vortrag erscheint ausführlich in der Zeitschrift f. d. ges. Neurol. und Psych. unter dem Titel: Beitrag zur Genealogie der Chorea minor.)

Opel-Kutzenberg: Gemeingefährlicheit und Anstaltsbedürftigkeit bei Psychopathie.

Während für das Gros der sogenannten echten Geisteskrankheiten der Nachweis der Gemeingefährlichkeit und der Geisteskrankheit ohne ein bestimmtes Abhängigkeitsverhältnis von einander genügt, um die polizeiliche Einweisung nach Art. 80 Abs. II P. St. G. B. zu rechtfertigen, sind für die Psychopathie folgende Richtlinien zugrunde zu legen:

1. Es muß ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Psychopathie und der strafbaren Handlung, bzw. der Gemeingefährlichkeit vorhanden sein in dem Sinn, daß die Richtung der Gemeingefährlichkeit und die der psychopathischen Anlage übereinstimmt.

2. Muß die der Gemeingefährlichkeit zugrunde liegende strafbare Handlung als solche feststehen, d. h. es soll möglichst in jedem Fall das gerichtliche Verfahren wenigstens soweit abgeschlossen werden, daß die Begehung des Deliktes durch den betreffenden Psychopathen als erwiesen angesehen werden kann.

3. Muß durch eine Prüfung der Wertigkeit und der möglichen Belastung unter Berücksichtigung von Sondervorkommnissen ein Bild der Gesamtpersönlichkeit des betreffenden Psychopathen wenigstens soweit

gewonnen werden, daß die die Gemeingefährlichkeit bedingende psychopathische Anlage wirklich als wichtiges, vielleicht sogar als ausschlaggebendes Moment bei Begehung der Tat angesehen werden kann.

Während also Punkt 1 mehr die qualitative Seite des Zusammenhangs zwischen Psychopathie und strafbarer Handlung erfaßt, soll hier der Grad dieses Zusammenhangs betont werden, der indes nicht unter allen Umständen so hoch sein muß, daß er die strafrechtliche Unverantwortlichkeit bedingt.

Die nach diesen Gesichtspunkten als gemeingefährliche Geisteskranke zu erkennenden Psychopathen bilden zugleich die erste Gruppe der Anstaltsbedürftigen, bzw. in der Anstalt zu verwahrenden Psychopathen. Zu diesen sind aber außerdem noch zu rechnen:

Jene Psychopathen, an deren Einstellung und Reaktionen zu den Reizen der Umwelt Korrekturen mit medizinisch-psychiatrischen Mitteln oder Maßnahmen möglich sind und endlich

solche Psychopathen, die in erheblichem Maße selbstgefährlich sind oder deren psychische Störungen der Psychose nahekommen.

Dagegen können nicht grundsätzlich und generell als anstaltsbedürftig angesehen werden diejenigen Psychopathen, die nach dem neuen Strafgesetzentwurf unter den Begriff der „gemindert Zurechnungsfähigen" fallen müssen.

Die Dauer der Anstaltsbedürftigkeit ergibt sich logisch aus der oben genannten Gliederung eben bis zum Wegfall der die Anstaltsbedürftigkeit veranlassenden oder rechtfertigenden Umstände.

In vielen Fällen wird man es auf einen Versuch ankommen lassen müssen, wobei die öffentliche Fürsorge prüfend, beratend und auch handelnd einzugreifen hat.

Aussprache: *Kolb*-Erlangen: Man könnte die Psychopathenfrage die Schicksalsfrage für das deutsche Volk nennen. Zu ihrer Lösung ist die Mitwirkung der praktischen Psychiatrie, besonders der öffentlichen Irrenanstalten nicht zu entbehren. Der vollständige Auschluß der Psychopathen aus unseren Kreisanstalten wäre unrichtig und ist unmöglich; ferner muß die Anstalt die offene Fürsorge mindestens der zeitweise in der Anstalt verpflegten Psychopathen übernehmen und sich an der offenen Fürsorge für die übrigen Psychopathen beteiligen.

Praktisch wichtig ist es, daß die Reform des Staatsgesetzbuches die Psychopathen schlecht stellt. Ob das ein Wunsch bleibt oder Tatsache wird, hat der Reichstag zu entscheiden. Notwendig ist, daß wir Psychiater uns der Tatsache bewußt bleiben, daß fast alle gewohnheitsmäßigen Rechtsbrecher psychopatische Züge tragen und daß eine unkritisch erweiterte Zubilligung der Unzurechnungsfähigkeit oder erheblich geminderten Zurechnungsfähigkeit unsere Anstalten zu Gefängnissen machen würde, sodaß die Psychopathen keine Vorteile, die Geisteskranken schwere Nachteile hätten. Notwendig ist ferner, daß erhebliche Minderung der Zurechnungsfähigkeit nicht obligatorischer, sondern fakultativer Strafmilderungsgrund wird. Notwendig ist endlich, daß den freigesprochenen oder zu milderer Strafe verurteilten Psychopathen in geeigneten Fällen recht wirksam die statt oder neben der Strafe zulässige Verwahrung zum Bewußtsein gebracht wird: bei richtiger Durchführung wird dadurch zurzeit bei den Psychopathen und ihren Verteidigern vielfach bestehende Neigung,

Unzurechnungsfähigkeit oder geminderte Zurechnungsfähigkeit einzuwenden, wesentlich herabgesetzt werden.

Wenn ich Herrn *Opel* recht verstanden habe, so vermisse ich bei seiner Aufzählung der Kennzeichen der Gemeingefährlichkeit den zu fordernden Nachweis einer mindestens zeitweise bestehenden Unzurechnungsfähigkeit.

Bei der Anstaltsbedürftigkeit muß immer berücksichtigt werden, daß die meisten Psychopathen einer länger dauernden Anstaltsverwahrung widerstreben, durch die sie in der Regel nicht gebessert, sondern nicht selten geschädigt werden und in der sie die Anstalt oft schädigen. Ferner muß berücksichtigt werden, daß für die Mehrzahl der straffällig gewordenen Psychopathen der moderne Strafvollzug unter fachärztlicher Beratung zweckdienlicher und weniger bedenklich ist als ein langer Aufenthalt in der Anstalt, zumal da die zeitlich begrenzte Strafe in der Regel besser vertragen wird als eine zeitlich unbegrenzte Anstaltsverwahrung.

Kämen Psychopathen in zu großer Anzahl und für zu lange Zeit in unsere Anstalten, so würde dadurch eine betriebstechnisch und finanziell untragbare Belastung der öffentlichen Irrenfürsorge entstehen.

Selbstverständlich entbinden diese allgemeinen Gesichtspunkte nicht von der Pflicht, jeden einzelnen Fall individuell auf das sorgfältigste zu würdigen.

In vielen Fällen hängt die erfolgreiche Behandlung eines Psychopathen lediglich von der Höhe der verfügbaren Mittel ab.

Psychopathische Reaktionen sind häufiger als man denken sollte im wesentlichen nicht auf Mängel der Veranlagung, sondern auf Mängel der Erziehung zurückzuführen.

III. Sitzung (in der Heil- u. Pflegeanstalt Kutzenberg).

Direktor *Schwarz*-Kutzenberg heißt die Versammlung und ihre Gäste in Kutzenberg willkommen, worauf Oberregierungsrat *Ebner v. Eschenbach*, auch namens des Kreistages, erwidert und unter anderem der ärztlichen Fürsorgetätigkeit gedenkt, deren weiterer Ausbau durch die Kreise vor allem gefördert werden solle.

Geschäftliches: *Weber*-Haar erstattet den Kassenbericht. Einnahmen: 794 M. 90 Pfg., Ausgaben: 264 M. 21 Pfg. Barbestand: 530 M. 69 Pfg. Vermögensbestand in Pfandbriefen: 2 Zertifikate über je 40 GM. Die Abrechnung wird von *Utz*-Gabersee nachgeprüft, dem Kassierer Entlastung erteilt, und der Jahresbeitrag wieder auf drei Mark festgesetzt.

Mitgliederzahl: 132.

Wahlen: Der bisherige 1. Schriftführer wird wieder gewählt. Die nach den Satzungen dieses Jahr aus dem Landesausschuß für Psychiatrie ausscheidenden Mitglieder *Ast* und *Mayr* sind satzungsgemäß wiederwählbar. Die Neuwahlen bleiben schriftlicher Abstimmung vorbehalten.

Als Versammlungsort für 1929 wird wieder München bestimmt. Die Auswahl des nächstjährigen Referatthemas wird der Vorstandschaft überlassen. Der Vorsitzende berichtet noch kurz über den in diesem Herbst unter Leitung von Herrn Professor *Kahn* zum zweitenmal in München stattfindenden ärztlichen Fortbildungskurs.

Alsdann folgt der Vortrag:

Bischof-Kutzenberg: Gedanken über psychische Behandlung in der Heil- und Pflegeanstalt.

Solange uns nicht andere therapeutische Wege offen stehen, welche das Wesen der einzelnen Geisteskrankheiten als solches erfassen, erscheint vom Standpunkte des Anstaltsarztes aus die psychische Behandlung als die wichtigste und aussichtsreichste, wenn man auch von ihr allein bei dem größten Teil der in der Heil- und Pflegeanstalt uns entgegentretenden Geisteskrankheiten keine Heilung, sondern nur eine Besserung erwarten kann, die sich wieder in einer Wiederannäherung der Lebensäußerungen und der Beziehungen zur Umwelt an die Norm ausdrückt.

Wenn man das Ziel der sozialen Wiedereinfügung des Kranken in die Umwelt unter möglichster Erreichung der Verhältnisse, wie sie vor der Krankheit bestanden haben, im Auge behält, ergibt sich die Forderung, den Kranken schon in der Anstalt in ein Milieu einzufügen, das dem Leben außerhalb der Anstalt in seinen Grundaufgaben, die im wesentlichen in geordneten Beziehungen zu den anderen Menschen und in der Arbeit bestehen, möglichst nahe kommt. Beschäftigung allein schafft dieses Milieu nicht, wenn sie auch sein Zustandekommen wesentlich erleichtert und besonders günstig wirkt im Sinne einer Extraversion bei Schizophrenien und schizophrenieähnlichen Bildern. Es muß dazu kommen intensive Anwendung von Belehrung, Erziehung, Gewöhnung, Leitung und auch suggestive Einwirkung.

Rein theoretisch betrachtet müßte dieser Prozeß in seiner Auswirkung innerhalb der Anstalt zur *Mönkemöller*schen pflegelosen Abteilung führen. Eine solche Abteilung scheint aber nur gerechtfertigt, wenn die Kranken aus äußeren Gründen nicht mehr in das Leben außerhalb der Anstalt zurückkönnen. Das Ziel muß bleiben, die Kranken ins normale Leben außerhalb der Anstalt einzufügen, indem die begonnene psychische Behandlung durch die offene Fürsorge fortgesetzt wird.

Bei Erwägungen, inwieweit „spezielle Psychotherapie“ dem vorgesteckten Ziele näher bringen kann, wäre besonders zu berücksichtigen, daß man noch lange keine „Neurose“ vor sich hat, wenn auch bei Prozeßpsychosen psychogene und hysterische Momente unter Umständen eine recht große Rolle spielen. Rein endogene Manien und Depressionen sowie der schizophrene Prozeß mit seinen Störungen der Assoziationen, der Instinkte, der Reizzustände in der Körpersensibilität und seinen chronischen Wahnideen schließen spezielles psychotherapeutisches Vorgehen aus. Es können aber sicherlich leichtere Depressionen, bei denen psychogene und hysterische Erscheinungen überwiegen, und Schizophrenien beim Abklingen des organischen Prozesses durch Vertiefung in die Lebensgeschichte in ihrer Heiltendenz unterstützt und beschleunigt werden.

Die Richtung, in der eine aktive psychische Therapie vorzugehen hat, ist durch die geisteswissenschaftlichen und naturwissenschaftlichen Fragestellungen der klinischen Psychiatrie vorgezeichnet. In der Ausübung ist sie für den Anstaltsarzt in erster Linie eine Frage der Zeit bzw. der Art und Zahl der von ihm zu betreuenden Kranken. Dazu müssen kommen persönliche Eignung und Vertrauen auf den Erfolg dieser Art der Behandlung, welch letzterer statistisch wohl nur schwer erfaßbar sein dürfte.

(Der Vortrag wird in der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift erscheinen.)

Stemplinger-Bayreuth: Nachprüfung der Antoni-Ringold-Färbemethode im weißen Blutbild beim Gesunden und der funktionellen und organischen Psychosen.

Es kommen in praxi immer wieder Fälle zur Beobachtung, von denen man zu Beginn der Erkrankung trotz aller diagnostischen Hilfsmittel nicht mit Sicherheit sagen kann: das ist ein syphilitisches Gehirnleiden und jenes ist anderweitig bedingt. Um so erfreulicher war es, als *Antoni*-Hamburg 1925 die Behauptung aufstellen zu können glaubte: „Die Diagnose der Syphilis aus dem Blute ist möglich“.

Seit 1½ Jahren beschäftigte ich mich auf Anregung meines Chefs, des Herrn Obermedizinalrats Dr. *Hock*, mit der genannten Methode. Ein organisch Hirnkranker bot die Veranlassung. Außer einer Goldsolluesszacke bot er nichts für Lues Charakteristisches. Der Blutausstrich nach *Ringold* war ebenfalls +, die Diagnose Lues cerebri schien demnach wahrscheinlich. Vorsichtshalber untersuchte ich zur Kontrolle Blutausstriche einer wassermann-negativen, älteren Imbezillen und einer wassermann-positiven Paranoiden; sie wiesen beide die unten näher zu beschreibenden charakteristischen Leukozytenkernveränderungen auf. Herr *Antoni* hatte die Liebenswürdigkeit, bei beiden Präparaten selbst die Diagnose zu stellen mit dem Erfolg, daß die wassermann-negative als die sichere Lues, und die sichere Lues als nur verdächtig bezeichnet wurde. Nachprüfungen ergaben teils die Richtigkeit der *Antoni*schen Befunde (*Löning*-Harburg), teils wurde darauf hingewiesen, daß die gleichen Befunde auch sonst bei schweren Erkrankungen, bes. denen mit weitgehenden Veränderungen im blutbildenden Apparat, sich fänden, daß man aber trotz alledem bei großer Übung die Syphilis abgrenzen könne (*Lemke*-Stettin). Dies der Grund, um an Anstaltsmaterial die Frage erneut nachzuprüfen.

Methode: dünner luftgetrockneter Blutausstrich wird nach mehrminutenlanger Fixierung in Methylalkohol ca. 10 Sek. lang in einer bes. präparierten Methylenblaulösung gefärbt, in fließendem Wasser des überschüssigen Farbstoffs beraubt, dann 10 Sek. in einer Differenzierflüssigkeit behandelt, bis der Farbenumschlag in ein leuchtendes Karmoisinrot erfolgt. Durch diese Färbung werden in elektiver Weise die Kernstrukturen zur Anschauung gebracht.

Normale Färbung: Erythrozyten rosa, Kerne der weißen Blutzellen zart- bis saftigviolett getönt. Die Leukozytenkerne lassen bei scharfer Kontur zahlreiche Aufhellungen sichtbar werden, die Lymphozytenkerne zeigen feine Kernstruktur, während die Mononukleären und Übergangszellen weniger farbkräftig erscheinen. Protoplasma zeigt leicht grünliche Schimmer.

Krankhafte Färbung: Protoplasma ist nur noch als Schatten oder überhaupt nicht mehr sichtbar, die Kerne haben die Farbe nicht mehr so gut angenommen, sie sind blaß, zeigen bisweilen dunklere Farbflecken, sind färberisch in der Längsrichtung halbiert, so daß die mediale Seite des Kerns zartrosa erscheint, während die der Kernwand zugewandte Hälfte noch tiefviolett getönt ist. Bei genauem Zusehen und vorsichtigem Drehen der Mikrometerschraube wird man in den einzelnen Kernabschnitten sog. „Gänge“ entdecken, die die Kernwand durchbohren und meist in der Längsrichtung des Kerns in Zickzackform verlaufen. Dort, wo der Gang in den Kern ein- bzw. austritt, zeigt sich eine kleine Verbreiterung

desselben, außerdem ist die Verfärbung an dieser Stelle vielfach schwach und verschwommen, die Kernkontur wird ferner unscharf, verwaschen und ausgefasert. Deutlicher als bei den Leukozyten sollen diese Gänge bei den Lymphozyten hervortreten, schwieriger ist die Deutung der Veränderungen bei Mononucleären und Übergangszellen.

Nach *Antoni* finden sich also diese Veränderungen nicht bei Gesunden, nicht bei Infektionskrankheiten, wohl aber bei schweren Erkrankungen mit weitgehender Veränderung des Blutbildes, aber doch niemals in Verbindung mit den erwähnten Gängen. Herr *Antoni* legt bes. Wert darauf, daß sich alle charakteristischen Zeichen (Gang, Konturschwund, Fleckung, Kernwandhyperchromasie) in einem Zellkern vereinigt finden.

Der positive Ausfall bei einer wassermann-negativen Imbezillen, also einer organisch Hirnkranken, legte den Gedanken nahe, daß der gleiche Befund bei anderen organischen Gehirnleiden sich finden müsse, voraussichtlich aber nicht bei funktionell Geisteskranken.

Ein Rundschreibeu an die bayerischen Anstalten brachte mir die Summe von 167 Blutausstrichen organisch Gehirnkranker ins Haus, aus der Bayreuther Anstalt konnte ich weitere 100 organische Fälle untersuchen. Es handelt sich hierbei in der Hauptsache um Paralysen, Tabes, Lues cerebri bzw. congenita, multiple Sklerose, Syringomyelie, spastische Spinalparalysen, Hirnarteriosklerose, Dementia senilis, Epilepsie, Chorea, Encephalitis lethargica, traumatische Demenz, Alzheimer, angeborenen Schwachsinn, Schizophrenie, Alkoholiker. Ergebnis: in allen Fällen positiver Ringold.

Die Kontrolle an 15 Funktionellen (Manisch-Depressiven usw.) ergab in 75% positiven Befund, wobei allerdings gesagt werden muß, daß es sich in der Hauptsache um klimakterische Depressionen handelte, eine Organkrankheit schlechthin also mit aller Sicherheit nicht ausgeschlossen werden kann.

Demnach ist die Methode in ihrer jetzigen Form nicht eindeutig genug und für den Praktiker zunächst wertlos. Die Abgrenzung der Syphilis ist nach meiner Meinung trotz Übung nicht möglich. Der negative Ausfall allein scheint mir beweisend, daß kein Organleiden allgemein, also auch kein organisches Hirnleiden vorliegt. Bei manisch-depressivem Irresein gelang es in einigen Fällen, differenzialdiagnostisch und prognostisch brauchbare Schlüsse zu ziehen. Inwieweit dies Allgemeingültigkeit hat, müßte eine Reihenuntersuchung an jüngeren reinen Manien und Depressiven klarstellen, bei denen naturgemäß jegliche körperliche Organkrankheit — nicht nur Gehirnleiden — ausgeschlossen werden könnte.

Demonstration von normalen und pathologischen Blutbildern.

Spatz-München: Über den makroskopisch-anatomischen Befund bei Polioenzephalitis *Wernicke*s.

Die Polioenzephalitis *Wernicke*s ist sowohl durch die histo-pathologische Art des Prozesses als durch seine Ausbreitung eine der anatomisch am besten charakterisierten Erkrankungen des Gehirns. Die Ausbreitung ist genau erst in neuerer Zeit durch *Gamper* auf Grund eines großen Materials (18 Fälle) festgelegt worden, wobei sich herausstellte, daß sowohl im Mittelhirn als auch im Zwischenhirn außer dem Höhlengrau noch einige andere vom Ventrikel etwas weiter abliegende, recht scharf umschriebene,

kleine Bezirke erkrankt zu sein pflegen, wie die Corpora mammillaria und bestimmte Stellen der hinteren Vierhügel. Ebenso hat *Gamper* die Prädilektionsstellen im Rautenhirnbereich, welche bisher nur ganz kursorisch bekannt waren, näher festgelegt. Die histopathologische Eigenart des Prozesses beruht in der lokalen Vermehrung der Gefäße und der Wucherung ihrer fixen Wandzellen (*Spielmeyer*), begleitet von mehr oder weniger deutlicher Gliawucherung. So entsteht ein Bild, das man abgesehen von bestimmten Stadien der Reparationsvorgänge nur von der *Nißl-Alzheimer*schen Endarteritis luetica der kleinen Hirngefäße her kennt und von der experimentellen Bleivergiftung (*Bonfiglio*) beim Hunde. Hier wie dort handelt es sich bei dem Fehlen von freien Infiltratzellen (Leukozyten, Lymphozyten, Plasmazellen) nicht eigentlich um eine Enzephalitis im engeren Sinn. Die Wucherungserscheinungen bei der sog. Polioenzephalitis *Wernickes* können aber auch nicht einfach als Ausdruck der Reparation nach kleinen Blutungen (*Schröder*) aufgefaßt werden, denn wie *Gamper* gezeigt hat, ist das Vorkommen von Blutungen nicht obligat. Es ist also nicht nur die Bezeichnung „Enzephalitis" nicht zutreffend, sondern auch das Beiwort „haemorrhagica" sagt zu viel aus, ebenso wie auch die Bezeichnung „superior" nur bedingt berechtigt ist, wenn man bedenkt, daß nicht nur die Medulla oblongata, sondern in selteneren Fällen auch das Rückenmark affiziert sein kann. Der Vortragende zeigt eine Serie von makroskopischen Schnitten durch das Gehirn einer neunundvierzigjährigen Alkoholika, bei der schon klinisch die Diagnose auf Polioenzephalitis *Wernickes* mit schwerer Polyneuritis alcoholica gestellt worden war. Hier war es, ähnlich wie bei den ersten Beobachtungen *Wernickes*, tatsächlich zu Blutungen gekommen, und so waren die Praedilektionsstellen bereits bei der Section mit bloßem Auge durch das Vorhandensein zahlreicher kleiner, nicht abwischbarer Blutpunkte sehr schön gekennzeichnet. Mit Hilfe eines *Zeiß*'schen Stereomikroskops ließen sich dann an dem frischen Material die Grenzen der relativ kleinen Erkrankungsstellen noch genauer feststellen. Das völlige Intaktbleiben, nicht nur der weißen Substanz, sondern auch unmittelbar benachbarter grauer Zentren war dabei ganz besonders auffällig. Als erkrankt erwiesen sich: 1. Im Rautenhirn: auf der Höhe der unteren Medulla oblongata der dorsale Vaguskern, auf der Höhe der oberen Medulla oblongata das dreieckige Vestibularisfeld; 2. im Mittelhirnbereich: auf der Höhe der hinteren Vierhügel das Höhlengrau und symmetrische Stellen in den beiden hinteren Vierhügeln, auf Höhe der vorderen Vierhügel das Höhlengrau mit dem Okulomotoriuskern, bei völligem Intaktsein der vorderen Vierhügel selbst; 3. im Zwischenhirn: die Corpora mammillaria, das Höhlengrau um den dritten Ventrikel mit Tuber cinereum und Gegend des Nucleus paraventricularis, sowie medialste Teile des ventralen Thalamusgebietes, insbesondere mit der Commissura media (Nucleus reuniens). Hier ist ausnahmsweise auch ein Stück weißer Substanz betroffen, nämlich die Fornixsäule, sowohl in ihrer Pars tecta, als in ihrer Pars libera. — Das Endhirn mit Großhinrinde, Striatum und Hemisphärenmark ist völlig frei von den in Rede stehenden Veränderungen. Wir sehen, daß bei der Polioenzephalitis auf eine noch nicht bekannte Noxe, die aber in den meisten Fällen irgendwie mit dem Alcoholabusus in Zusammenhang steht, bestimmte Grisea isoliert mit einem ganz bestimmten Prozeß reagieren.

Man kann von einer „speziellen Pathoklise“ im Sinne von *C.* und *O. Vogt* sprechen. Die nach Art und Ausbreitung wohl charakterisierten Veränderungen finden sich nicht nur bei dem engen klinischen Syndrom, welches *Wernicke* in seinen Fällen vorgefunden hatte, sondern gelegentlich auch bei andersartigen, alkoholbedingten Krankheitsbildern, insbesondere bei Fällen, in welchen das *Korsakow*'sche Syndrom im Vordergrund steht.

Besonders hervorzuheben ist, daß zu den befallenen Gebieten auch gerade diejenigen ventrikelnahen Zentren des Zwischenhirns gehören, in denen man besondere bedeutungsvolle Regulationsstätten des vegetativen Nervensystems erblickt. Leider war es in diesem Fall, ähnlich wie bei anderen, infolge des rapiden Verlaufs der Krankheit nicht möglich, eine Stoffwechseluntersuchung durchzuführen.

Es empfiehlt sich, bei der Sektion jedes Alkoholikers die von *Gamper* festgelegten Praedilectionsstellen einer Besichtigung zu unterziehen, da die typischen Veränderungen, wie der demonstrierte Fall wieder zeigt, unter Umständen mit bloßem Auge bereits sehr gut erkennbar werden. So wird man hier auch ohne Zuhilfenahme komplizierter technischer Mittel eine Diagnose am Sektionstisch stellen können.

Aussprache: *Spatz*-München auf Anfrage von *Bumke*-München nach dem Alter der anatomischen Veränderungen: Die Veränderungen dürften meist nicht ganz gleich alt sein. Neben den so ins Auge fallenden ganz frischen, rein protoplasmatischen Proliferationserscheinungen von Seiten des Stützgewebes findet man an anderen Stellen bereits eine ausgiebige Faserproduktion. Im ganzen dürften die Veränderungen wohl als akut und subakut bezeichnet werden. Neben den in Rede stehenden wohlcharakterisierten und streng lokal gebundenen Gewebsveränderungen kann man auch in diffuser Ausbreitung uncharakteristische Veränderungen antreffen, welche auch älteren Datums sein könnten (z. B. diffuser Nervenzellausfall in der Rinde).

Neubürger-Eglfing: Demonstration von Hirnveränderungen bei Alkoholintoxikationen.

Die Ausführungen bilden eine Ergänzung in mikroskopischer Hinsicht zu den vorhergehenden, vorwiegend die makroskopischen Verhältnisse berücksichtigenden Darlegungen von *Spatz*. Gleichzeitig bilden sie eine Bestätigung und Erweiterungen der Untersuchungsergebnisse von *Gamper*, die dieser an chronischen Alkoholikern mit *Wernicke*scher Polioenzephalitis gewonnen hat. Es werden die Befunde in je einem Falle von *Wernicke*scher Krankheit, von Delirium tremens, von subchronischer, durch mehrere Wochen hindurch fortgesetzter Alkoholintoxikation demonstriert. Sie stimmen alle bezgl. der Lokalisation der krankhaften Veränderungen überein. Am stärksten erkrankt sind stets das Bodengrau um den Aquaeduct, die hinteren Vierhügel, die Corpora mammillaria, wobei der Grad der Veränderungen in gewissen Beziehungen zur Dauer der Intoxikation steht. Doch sind schwere Veränderungen oft auch in anderen Kerngebieten, so in der Olive, nachweisbar, feinere trifft man in den verschiedensten Hirnteilen. Am auffallendsten ist im histologischen Bild die enorme mesenchymale Proliferation, die zu Gefäßverschlüssen, ja zu kleinen Erweichungen Anlaß geben kann. Die Erkrankung beruht nicht oder nicht ausschließlich auf Pathoklise gewisser Grisea; denn die

Veränderungen greifen auf die benachbarte weiße Substanz über, eine Symmetrie ist nicht vorhanden, das Parenchym der befallenen Kerne selber ist oft merkwürdig gut erhalten. Die vorwiegend am Gefäßapparat lokalisierten Prozesse legen in pathogenetischer Hinsicht die Vermutung nahe, daß eine besonders intensive Giftwirkung im Bereich umschriebener Gefäßprovinzen sich geltend macht; der Grund der Anfälligkeit solcher Provinzen ist unbekannt; man wird an angioarchitektonische Besonderheiten denken, etwa wie im Ammonshorn oder Pallidum, wo Eigenarten der Gefäßanlage der Lokalisation krankhafter Vorgänge den Weg ebnen.

Aussprache: *Bostroem*-München fragt an, ob man die Veränderungen an den Gefäßen regelmäßig bei Delirium tremens findet, insbesondere ob der Vortragende sie für die somatische Grundlage aller, auch der günstig ausgehenden Fälle von Delirium tremens hält. Wenn das der Fall ist, so wäre es für den Kliniker wünschenswert zu wissen, ob es sich hier um rückbildbare Veränderungen handelt.

Neubürger-Haar-Eglfing: Eine bestimmte Entgegnung glaubt Vortr. erst geben zu können, wenn noch mehr Gehirne von Deliriumkranken untersucht sind. Die gefundenen Veränderungen hält er für teilweise wieder rückbildungsfähig.

Spatz-München: Unter Pathoklise wäre zunächst eine besondere Vulnerabilität besonderer Zentren zu verstehen, unabhängig davon, wie diese zustande kommt. Wenn übrigens für betreffenden Gebiete bei der Polioenzephalitis *Wernicke*s eine besondere Angioarchitektonik nachgewiesen werden könnte, so würde damit keineswegs gesagt sein, daß solchen Gebieten nicht auch ein besonderer Physikochemismus zukommt; im Gegenteil. Die Untersuchungen *Neubürger*s zeigen, daß auch hier der typische Prozeß gelegentlich über das Gebiet der Praedilektionsstellen hinausgehen kann. Z. T. scheinen die von *Neubürger* beschriebenen Veränderungen aber auch uncharakteristisch zu sein; solche uncharakteristische Veränderungen können, wie überall, das histopathologische Bild komplizieren. Die Bedeutung der von *Gamper* festgestellten Praedilektionsstellen wird dadurch nicht verringert.

Heyde-Würzburg: Über periodische Veränderungen im Wasserhaushalt mit parallel gehendem Wechsel des psychischen Zustandsbildes bei Schizophrenie. (Bis zur Fertigstellung des Berichtes nicht eingetroffen.)

Aussprache: *Spatz*-München: empfiehlt, Stoffwechseluntersuchungen anzustellen bei Fällen mit Verdacht auf Polioenzephalitis, weil hierbei nachweislich die sog. vegetativen Zentren des Zwischenhirns erkrankt sind.

Grünthal-Würzburg: Grundumsatzversuche ließen sich bei der Patientin *Heydes* nicht durchführen. Solche wurden aber bei einer Anzahl anderer Schizophrener der Würzburger Klinik vorgenommen, ohne daß eine wesentliche krankhafte Abweichung bisher gefunden werden konnte. Dies steht durchaus im Widerspruch zu den Ergebnissen *S. Fischer*s. Eine Erklärung dafür ist aber zunächst nicht möglich. — Hinweis auf eine pflanzenbiologische Methode zur Untersuchung des Serums, die ihrer Einfachheit halber auch in Heil- und Pflegeanstalten leicht durchgeführt werden kann.

Guttmann-München: Bei Oedemkranken besteht im allgemeinen

eine Neigung zur Kochsalzretention. — *Frisch* und *Walter* haben Epilepsien beschrieben, bei denen in gesetzmäßigen Zusammenhängen mit den Anfällen Störungen des Wasser-Kochsalz-Stoffwechsels auftraten. — Wie stellt Vortr. sich das Zustandekommen so enormer Gewichtsverluste vor, während die Wasserausscheidung vermindert ist? Sollte nicht doch bei so schwer zu behandelnden Kranken, worauf Herr *Spatz* ja eben hinwies, doch der Urinverlust einen wesentlichen Versuchsfehler darstellen?

Bostroem-München: Die Beobachtung, daß der Gewichtsverlust in der Erregung mit Verminderung der Urinausscheidung einhergeht, spricht dafür, daß es sich hier nicht um eine echte Wasserretention handeln kann. Nach meiner Meinung wäre daran zu denken, daß durch Schwitzen bei der motorischen Erregung oder durch erhöhte Wasserausscheidung durch die im Zustande der Erregung beschleunigte Atmung die Gewichtsverluste bedingt sind.

v. Braunmühl-Eglfing: Hirnbefunde bei schwererregten Geisteskranken.

Vortr. berichtet über Befunde, die er bei genauer und systematischer histologischer Analyse des Zentralnervensystems schwer erregter Kranker (Katatone Erregungszustände, Erregungen bei Psychopathen) erheben konnte. Neben schon makroskopisch nachweisbaren Laesionen der Gehirnoberfläche sicher traumatischer Genese (Kuppendefekte, Narbenzustände, État vermoulu) fanden sich in einer Anzahl von Fällen feinere Veränderungen der zentral-nervösen Substanz, die, abgesehen von öfter genannten toxischen Einflüssen, auf der Basis von Störungen in der Gefäßfunktion entstanden sein mögen. — So fanden sich in einigen Fällen in weiten Rindenregionen ausgedehnte Stasezustände und Diapedesisblutungen. Anderorts traf man wieder gut abgegrenzte ischaemische Rindengebiete. Blutungen in der Brücke und in dorsalen Bezirken des verlängerten Markes waren häufig. Weiter konnten in einer Anzahl von Fällen ischaemische Nekrobiosen der Rinde und ischaemische Zellveränderungen im Bereich des Ammonshorns nachgewiesen werden. — Die Befunde lassen beim Fehlen organischer Gehirnveränderungen daran denken, daß mit länger dauernden und dann auch meist tödlich verlaufenden Erregungen, zu denen sich oft collapsartige Zustände gesellen, funktionelle Gefäßstörungen einhergehen, die an dem für solche zirkulatorische Schwankungen besonders empfindlichen zentral-nervösen Gewebe ab und zu auch morphologisch faßbare Parenchymveränderungen hervorrufen.

(Der Vortrag wurde in der Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. veröffentlicht.)

Aussprache: *Spatz*-München: Der État vermoulu ist m. E. im Gegensatz zur Annahme der französischen Autoren wahrscheinlich meistens traumatisch bedingt.

Neubürger-Eglfing weist auf Lungenblutungen hin, die er bei der Sektion akut erregter Geisteskranker wiederholt fand, und für die er die Möglichkeit einer vasoneurotischen Entstehung in Erwägung zieht.

Ast-Eglfing richtet an die Herrn Vortragenden und die Herrn Pathologen die Frage, wie sie sich die kausalen Beziehungen zwischen den geschilderten organischen Veränderungen und der Psychose denken. Wir älteren Psychiater haben früher immer Zirkulationsstörungen als Grund-

lage der Psychose angenommen. Jetzt scheint es fast, als ob umgekehrt die Erregungszustände die Ursache jener wären.

Schlußwort: *v. Braunmühl*-Eglfing: Die letztere Annahme ist wahrscheinlich, wenngleich sich heute diese Frage nicht abschließend beantworten läßt.

Nach Beendigung der Vorträge spricht der Vorsitzende *Bumke* den Vortragenden, dem Kreis Oberfranken, ferner den Gastgebern, insbesondere den Herren Direktoren *Bott* und *Schwarz* für die umsichtigen Vorbereitungen in Bamberg und Kutzenberg herzlichen Dank aus! Nach einem einführenden, geschichtlich und topographisch aufklärenden Vortrag von Herrn Direktor *Schwarz* wird noch die Anstalt Kutzenberg mit ihren modernen Einrichtungen, insbesondere auf dem Gebiete der Arbeitstherapie, besichtigt.

Weber-Haar.

Kleinere Mitteilungen.

Über Fiebertherapie bei Nervenkrankheiten im Altertum schreibt Professor Dr. phil. et med. h. c. *Johannes Ilberg* (Leipzig) dem Herausgeber folgendes:

Das Verschwinden einer Krankheit, wenn der Patient von einer anderen befallen wird, ist von den griechischen Ärzten oft beobachtet und auch theoretisch zu erklären versucht worden. Hierher gehört die Mitteilung des Thukydides in seinem Bericht über die große Pest am Anfang des Peloponnesischen Krieges (II 49, 1; 51, 1), alle andern Krankheiten seien damals in Pest übergegangen. Hippokrates notiert im VI. Buch der Epidemien (6, 5): „Die von Quartanfieber Ergriffenen werden nicht von der ‚Großen Krankheit' (d. i. Epilepsie) ergriffen; wenn sie aber vorher ergriffen werden und Quartanfieber hinzutritt, so hört sie auf". Ähnlich Aphorism. V 70 und allgemeiner Epidem. I 24 (Quartan- und Tertianfieber, ebenso Quotidianfieber sind als Malaria anzusprechen. Malaria hat im besonderen sicher existiert, oft mit Komplikationen). Zu vergleichen ist auch Aphorism. VI 51: „Gesunde, die plötzlich Schmerzen im Kopfe bekommen und sofort sprachlos daliegen und schnarchen, sterben in 7 Tagen, wenn nicht ein Fieber dazukommt". Galen kommentiert die Stellen, versucht Erklärungen zu geben und fügt z. B. zu Epid. II 2, 21 hinzu: „Hier liegt 'Metaptose' der Krankheiten vor, wie das Quartanfieber Epilepsie heilt und jedes beliebige Fieber Konvulsion (σπασμός) und Diarrhöe die Augenentzündung und Pleuritis Peripneumonie und Phrenitis den Lethargos und vieles andere die Krankheiten". In dem betr. Sonderfall des II. Epidemienbuches: saueres Aufstoßen half bei langwieriger Lienterie (Darmkatarrh) sagt der Hippokratiker: „Vielleicht kann man es auch künstlich hervorrufen".

Von Asklepiades, der im I. Jahrh. v. Chr. in Rom eine große Praxis hatte, berichtet Celsus (III 4): „Bei dem Fieber bediente er sich, wie er angibt, vorzüglich des Fiebers selbst als Heilmittel", ließ die Fieberkranken z. B. in den ersten 3 Tagen dursten und erlaubte nicht einmal das Ausspülen des Mundes. Celsus billigt diese Methode nicht.

Besonders ergiebig für das Thema der Metaptose oder Metastase ist ein Kapitel des zur Zeit des Kaisers Trajan lebenden Rufus von Ephesos, das Oribasios, der Leibarzt des Kaisers Julian 'Apostata' in sein großes Sammelwerk aufgenommen und dadurch erhalten hat (tom. IV 83—101 Bussemaker und Daremberg). Es gebe viele Leiden — beginnt er —, die frühere Krankheiten vorteilhaft ablösten. Diese dürfe man nicht unterdrücken, sondern müsse sie zulassen und fördern. Darüber habe sich bereits Hippokrates oft ausgesprochen („worüber auch nicht?"); aber er, Rufus, wolle dieses und später Erkanntes zusammenfassen. Zu-

erst handelt er von der günstigen Wirkung eintretenden Fiebers u. a. auf Apoplexie, Krämpfe, Tetanos: „wenn jemand ein so guter Arzt wäre, daß er Fieber hervorrufen könnte, wäre kein anderes Heilverfahren nötig". Insbesondere heile das Quartanfieber die Epilepsie und schütze auch davor. Als Beispiel führt Rufus den Fall des (uns als Historiker bekannten) Teukros von Kyzikos an. Der war Epileptiker und wendete sich an das Asklepiosheiligtum in Pergamon (es wird jetzt von den Deutschen ausgegraben) um Hilfe. Der Gott erscheint ihm (im Tempelschlaf) und fragt ihn, ob er sein Leiden gegen ein anderes eintauschen wolle. Nein, sagt Teukros, er wolle unmittelbar geheilt sein, wenigstens dürfe sein Zustand künftig nicht schlimmer sein als gegenwärtig. Gut, entgegnet der Gott, er wird leichter sein, und ich werde dich offenkundiger heilen als jeder andere. Damit ist der Patient einverstanden, er bekommt ein Quartanfieber und ist die Epilepsie von Stund an los. (Man sieht den Einfluß der Wissenschaft auf die damalige Tempelmedizin.) — Das Quartanfieber wird nun aber auch seinerseits durch andre Fieberarten gehoben. Es erfährt Metastasen durch das Quotidian-, nicht durch das Tertianfieber, sowie durch mehrere andere Gattungen, und diese wiederum durch verschiedene Gelenkkrankheiten, was freilich unter Umständen auch verhängnisvolle Folgen haben kann. Gewisse Fieberarten werden auch durch „Ödeme an den Ohren" günstig abgelöst (diese Ödeme lösen auch Delirien und mitunter Lethargie ab), ebenso durch Exantheme usw.

Vielfältige vorteilhafte Wirkungen übt chronische Dysenterie aus: auf Epilepsie, Schwindelanfälle, Kopfgeschwüre, Hüftschmerzen, Manie, Melancholie, Hysterie, gutartige Geschwülste, erfahrungsgemäß sogar auf die furchtbare, schwer zu heilende Elephantiasis. Hämorrhoiden heilen Melancholie „und jede andere Manie", Epilepsie, Schwindel, Blutspucken, Pleuritis, Peripneumonie usw. usw.; sie sind überhaupt von außerordentlicher Bedeutung, indem sie Krankheiten verhindern und bestehende vertreiben. Ferner können Krampfadern von großem Nutzen sein, z. B. bei Melancholie, Manie und allen chronischen Kopfleiden; man darf sie nicht unterbinden. Arthritis und Podagra vertreiben viele andere Leiden. Hautkrankheiten wie Vitiligo (ψώρα), Lepra, Krätze (ἀλφοί) heilen Melancholie und Epilepsie ... Der Arzt soll sorgfältig darauf bedacht sein, welche Krankheiten er zulassen, welche er hervorrufen und welche er abwenden muß.

Daß Herbeiführung von Fieber ein allgemein bekanntes therapeutisches Mittel war, beweist der (medizinisch nicht ungebildete) Seneca, De ira I 12, 6: Wenn auch ein Zornesausbruch manchmal nützlich gewesen ist, bleibt er dennoch verwerflich: „Non ideo vitia in usum recipienda sunt, quia aliquando aliquid effecerunt; nam et febres quaedam genera valetudinis levant, nec ideo non ex toto illis caruisse melius est: abominandum remedi genus est sanitatem debere morbo."

Geheimer Sanitätsrat Dr. *Carl von Ehrenwall*, der Besitzer und Leiter der nach ihm benannten Privatheilanstalt für Gemüts- und Nervenkranke in Ahrweiler, beging am 28. Juli d. Js. sein goldenes Doktorjubiläum.

Abschluß

der Kasse des Deutschen Vereins für Psychiatrie vom 30. April 1929.

Bestand am 3. April 1929			RM.	3 073.78
Einnahmen:				
1. Mitgliederbeiträge (einschließlich Nachnahmegebühren	RM.	7 863.72		
2. Bankzinsen	„	259.93	„	8 123.65
			RM.	11 197.43
Ausgaben:				
1. Unkosten für die Hauptversammlung	RM.	288.70		
2. Für Porto, Zahlkarten usw.	„	130.72		
3. An den Schriftführer für Schreibgebühren, Porti usw.	„	755.95		
4. Reisekosten an Vorstandsmitglieder	„	170.70		
5. Druckkosten f. Einladungen, Versammlungsberichte usw.	„	685.75		
6. An die Forschungsanstalt für Psychiatrie in München	„	2 000.—		
7. Kränze	„	70.—		
8. Bankspesen	„	30.85	„	4 132.67
bleibt Bestand			RM.	7 064.76
Der Bestand setzt sich zusammen aus:				
1. Sonderkonto bei der Dresdner Bank in Hann.-Münden			RM.	5 138.20
2. Konto bei der Dresdner Bank in Hann.-Münden			„	1 053.15
3. in bar			„	873.41
zusammen wie oben:			RM.	7 064.76
Außerdem befinden sich im Depot der Dresdner Bank				
1. Anleiheablösungsschuld			RM.	187.50
2. 5%ige landschaftl. Zentral-Goldpfandbriefe			„	1 100.—

Hedemünden a. d. Werra, den 1. Mai 1929.

gez. Prof. *Eichelberg.*

Die Richtigkeit bescheinigt

Göttingen, 14. 5. 29.

gez. *Fleck.* gez. *Schulze.*

Der zweite internationale Kongreß für Sexualforschung wird in London im Hause der British Medical Association vom 3. bis 9. August 1930 abgehalten werden. Es sind für die Vorträge folgende Gruppen in Aussicht genommen: 1. Biologie, 2. Physiologie, Pathologie, Therapie; 3. Psychologie, Pädagogik, Ethik, Ästhetik, Religion; 4. Bevölkerungspolitik, Demographie, Statistik; 5. soziale und Rassenhygiene, Soziologie, Ethnologie und Volkskunde (Folk-lore); 6. Kriminologie und Familienrecht. Deutsche Reichsangehörige werden gebeten, sich wegen aller Anfragen an Geh. Sanitätsrat Dr. *Albert Moll*, Berlin W 15, Kurfürstendamm 45 zu wenden.

Im 6. Heft der Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete, herausgegeben von *Bostroem* und *Joh. Lange*, gibt *Kurt Wachholder*-Breslau im 1. Teil eine scharfsinnige Zusammenstellung der allgemeinen physiologischen Grundsätze der Neurologie und behandelt die Reizung und Erregung in 6 Abschnitten. 1. die Erregbarkeit und ihre beiden Seiten: die Anspruchsfähigkeit Reizen gegenüber und die wechselnde Größe der Leistung, welche unter verschiedenen Bedingungen durch einen gegebenen gleichen Reiz ausgelöst werden kann. 2. die Bestimmung der Reizschwelle; die Schwellintensität bei praktisch unbegrenzter Stromdauer wird Rheobase (Grundschwelle) genannt. Verdoppelt man dann die Intensität und sucht die dazu gehörige Mindeststromdauer, die eben noch einen Erfolg gibt, auf, so erhält man die Chronaxie (Kennzeit). *W.* erörtert die Fehlermöglichkeiten und Schwierigkeiten der Beurteilung, weil die Chronaxie auf dem besten Wege sei, die große Mode in der Neurophysiologie und Neuropathologie zu werden und geht dann auf die Ergebnisse der Chronaxiemessungen im einzelnen ein, da die neue chronaxiemetrische Bestimmung der Erregbarkeit der Neurologie jetzt schon in zahlreichen Punkten neue Einblicke und Anregungen gebracht hat. Eine in der Praxis unbedenklich anwendbare Methode der Erregbarkeitsmessung liege hier aber noch keinesfalls vor. 3. Schwankungen der Erregbarkeit im Gefolge einer Erregung. 4. die Erregung und ihre Kennzeichen. 5. die quantitativen Beziehungen zwischen Reizstärke und Erregungsstärke. 6. die Abstimmungsbarkeit von Erregung und Kontraktion. Die Gültigkeit des sogenannten Alles- oder Nichts-Gesetzes für Nerv und Muskel wird erörtert.

Bernhard Dattner-Wien berichtet über die Fortschritte der Paralysebehandlung, betreffs der unter den verschiedenen therapeutischen Richtungen Einigkeit darüber besteht, daß man nicht früh genug mit seiner Arbeit beim Paralytiker einsetzen kann. Schon lange war bekannt, daß ein spontaner Rückgang der paralytischen Erscheinungen bei den depressiven und dementen Formen und den Fällen mit schwerer Dysarthrie selten und nur für kurze Zeit vorkommt. Bei der modernen Paralysebehandlung jedoch haben sowohl einfache demente, als auch manche depressive Formen der Paralyse keinen geringen Anteil an den Remissionen und selbst Patienten mit schwerster Dysarthrie wurden auf das deutlichste günstig beeinflußt. Die Zahl der Remissionen nach der modernen Behandlung ist bei weitem größer als die Zahl der spontanen Remissionen, ebenso die Dauer der Remissionen; erfreuen sich doch heute mehr als hunderte von Kranken mehr als sieben Jahre lang einer vollen Berufstätigkeit. Der unbehandelte Paralytiker weist nahezu ausnahmslos einen positiven Liquor auf. Bis zum Einsetzen der neuen Behandlungsmethode gehörte eine günstige Beeinflussung der Liquorreaktion zu den größten Seltenheiten, dagegen hat sich gezeigt, daß die mit modernen Methoden behandelten, in andauernden Remissionen befindlichen Patienten einen negativen Liquorbefund aufweisen und daß bei negativem Liquorbefund keine Progression des klinischen Bildes zu verzeichnen ist. Umgekehrt bleiben alle klinisch-progredienten Fälle liquorpositiv und alle liquorpositiven Fälle auch tatsächlich progredient.

(Fortsetzung folgt im nächsten Heft.)



Das Ehegesundheitszeugnis, das Berufsgeheimnis des Arztes und dessen Einschränkung im Interesse der Gesellschaft.

Von

Dr. **D. M. Kauschansky**, Berlin, z. Zt. Kischinew (Rumänien).

Nicht die Vervielfältigung
der Menschen ist zu wünschen,
sondern ihr Glück.

Montesquieu.

Die moderne Eherechtsreform steht im Zeichen der Abschaffung des alten Grundsatzes „En mariage trompe qui peut".

Es ist eine viva vox temporis, daß an Stelle der dem modernen Geist nicht mehr entsprechenden Ehehindernisse, die lediglich dazu dienen, das Individuum der Kirche unterzuordnen, Hindernisse sozialer Natur treten. Sozialhygienische Gesichtspunkte fehlen heute ganz in Kulturstaaten ersten Ranges wie England, Frankreich, Deutschland, Belgien, Schweiz, Italien, Österreich! Man denke an Eheschließungen Geisteskranker in lichten Zwischenräumen, die nicht verboten sind, an die unverbotene Eheschließung der Epileptiker, Syphilitiker und der Tuberkulosen.

Die moderne Eherechtsreform fordert die ärztliche Untersuchung bei Eheschließenden. Es werden heute Untersuchungen bei Militär, Schulkindern, nicht jedoch bei zukünftigen Gatten vorgenommen. Dabei haben der Staat und die Gesellschaft ein lebhaftes Interesse daran, Ehen, die für die Nachkommenschaft schädlich sind, bei denen die Eltern an Tuberkulose, Geisteskrankheit und Epilepsie sowie an ansteckenden Geschlechtskrankheiten leiden, zu verhüten, da die aus derartigen Ehen stammenden Kinder in den meisten Fällen als Krüppel, Degenerierte auf die Welt kommen und nicht nur für die Angehörigen eine große Last bedeuten, sondern auch für Staat und Gesellschaft, die ganzen Korps gesunder, sozialnützlicher Bürger für die Erhaltung dieser sozialuntauglichen Menschenkinder opfern müssen. Es ist ganz entschieden moralischer, diese Opfer menschlicher Unüberlegtheit

und Unverantwortlichkeit durch Präventivmaßnahmen des Staates im Keime zu töten, als sie als unglückliche Wesen in die Welt setzen zu lassen und dann nach dem Heilmittel *Binding-Hoche*[1]) „aus sozialen Gründen" zu vernichten. Die moderne Moral fordert nicht mehr die sorglose Kindervermehrung, sondern die Zügelung des gesellschaftlichen Temperaments und die besondere Rücksichtnahme auf das physische, sittliche und wirtschaftliche Wohl des Kindes. Ob dieser Zweck durch Herbeischaffen eines ärztlichen Zeugnisses erreicht werden kann, erscheint allerdings fraglich. Denn einmal wird es dem kranken Nupturienten nicht schwer fallen, eine ärztliche Bescheinigung herbeizuschaffen, zweitens beruht die ärztliche Diagnose oftmals auf eigenen Aussagen des Patienten, insbesondere in den Fällen, wo äußere Symptome einer Krankheit fehlen, außerdem ist der Stand der Medizin heute noch nicht der Art, um eine bestehende Krankheit einwandfrei festzustellen, was besonders bei Lues der Fall ist. Eine persönliche Verantwortung der zukünftigen Eheleute erscheint zweckmäßiger. Auch müßte der Arzt verpflichtet werden, im Falle, daß der Patient trotz seiner Warnung eine Ehe eingehen will, beim Standesbeamten einen Einspruch zu erheben. Damit gelangen wir zur viel umstrittenen Frage der Verletzung des Ärztegeheimnisses zum Wohle der Allgemeinheit, eine Frage, die besonders von ärztlicher Seite viel bekämpft wurde. Der Schweizer Gelehrte *Forel*, der deutsche Psychiater *Hoche* und der russische Gelehrte *Bechterew*[2]) haben sich mit vollem Recht für die Einschränkung des Ärztegeheimnisses im Interesse der Gesellschaft ausgesprochen. Gewiß wird man von individualistischer Seite die Frage erwarten dürfen, ob man durch Eheverbot die Ehelosigkeit aufzwingen darf. Solange Ehe und Konkubinat nicht rechtlich gleich behandelt werden, wird die Ehelosigkeit insbesondere bei der besitzenden Volksklasse zum Konkubinat treiben. Aber trotzalledem steht eben hier, wo Interessen des Individuums und der Gesellschaft miteinander kollidieren, das Interesse der Gesellschaft an erster Stelle! Salus reipublicae est suprema lex.

Das Verlangen einer ärztlichen Untersuchung bei zukünftigen Eheleuten darf jedoch keineswegs als eine Beeinträchtigung der Freiheit des einzelnen angesehen werden. Besteht doch gerade die Frei-

[1]) *Binding-Hoche*, Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens, Leipzig, 1920, Seite 51, 54 f.

[2]) *Forel*, Die sexuelle Frage, russische Übersetzung, Band II, S. 460, vgl. *Bechterew*, im Vorwort zur russischen Übersetzung von *Forel*, Die sexuelle Frage, 3. Auflage, XVI, vgl. *Hoche*, Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie, 2. Auflage. Berlin, 1909, Seite 137.

heit in der Möglichkeit, alles zu tun, was dem Nächsten nicht schadet. Dieser Gedanke, der uns in der platonischen Naturphilosophie entgegentritt, findet sich nicht nur in der Erklärung der Menschen- und Bürgerrechte der Virginia, sondern ist neuerlich in die neue türkische Verfassung Mustafa Kemal Paschas von 1924 aufgenommen worden. Ist doch die Freiheit letzten Endes nichts anderes als eine Pflicht des einzelnen, seine Individualität für soziale Interessen einzusetzen. Wird der Ehebetrüger nicht mehr geschützt werden, so wird es nicht mehr vorkommen, daß ein geisteskranker Gatte seine vor der Ehe bestandene Krankheit dem anderen Gatten verschweigen wird und, wie es bei Katholiken der Fall ist, die Unscheidbarkeit der katholischen Ehe ausnützen wird, um den schuldlosen Gatten zur Fortsetzung der unglücklichen Ehe zu zwingen. Ein derartiger Schutz des Betrügers wäre ja auf dem Gebiete des Vermögensrechts unmöglich! Ist nun eine Ehe einmal geschlossen, so sollen sämtliche Präventivmittel und selbst die Abtreibung [1]) nicht nur erlaubt, sondern geradezu gefordert werden.

Die mangelnde geistige Gesundheit ist nicht nach sämtlichen Gesetzgebungen ein Ehehindernis. Sie hindert die Ehe im englisch-germanischen, slawischen und baltischen Recht, zum Teil auch in einigen romanischen Rechten sowie im sowjetrussischen Recht. Allgemein sind Paralyse, genuine Epilepsie, dementia praecox [2]), angeborener Schwachsinn, Morphinismus, Homosexualität, Alkoholdelirium kein Ehehindernis. Es wird also am allerwenigsten an das Interesse des Nachkommenschutzes gedacht.

Im französischen Recht ist auch die Ehe eines entmündigten Geisteskranken im intervalle lucide gültig. Die Frage ist in der Doktrin umstritten. Das ältere rumänische Recht, der Code Calimach, hat das Ehehindernis gleich seinem österreichischen Vorbild gekannt, weswegen auch der rumänische Revisionsentwurf von 1921 dem wegen Geisteskrankheit Entmündigten die Ehe auch im intervalle lucide verbietet, damit sich die Krankheit nicht auf die Kinder vererbe. Damit ist die Kontroverse in der französischen Doktrin angeschnitten. In Frankreich hat man nicht nur die Ehe eines Geisteskranken im lichten Zwischenraum erlaubt, sondern auch die Ehe des Entmündigten.

---

[1]) Vgl. *Kauschansky*, Principiile noului proiect penal german in „Dreptul" Bukarest, 1927, S. 146.

[2]) Vgl. *Schultze* in *Hoche*, Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie, 2. Aufl. Berlin, 1909, S. 341, 348; vgl. *Hoche*, ebendaselbst, S. 648 ff., 756; vgl. *Wollenberg* bei *Hoche* a. a. O. S. 706; vgl. *Hoche* in *Cramer*, Lehrbuch der Psychiatrie, Jena, 1904, S. 248 f.

Auch die französische Jurisprudenz hat sich für die Gültigkeit der Ehe des interdits lucides ausgesprochen. Eine Entscheidung des belgischen Kassationshofs erklärt auch die Ehe eines Entmündigten für nichtig. Nach italienischem Recht hängt die Nichtigkeit der Ehe eines Geisteskranken davon ab, ob die Entmündigung ausgesprochen oder wenigstens beantragt wurde. Im deutschen Recht ist die Geisteskrankheit Nichtigkeitsgrund.

Die mangelnde physische Gesundheit betrachten nur wenige Gesetzgebungen als Ehehindernis.

Vor dem Weltkriege kannte das bulgarische Recht Epilepsie und Syphilis als Ehehindernis, wenn auch in Bulgarien im Gegensatz zu Kalifornien kein ärztliches Gesundheitszeugnis gefordert wurde. Epilepsie (epilepsia idiopathica) ist auch im finnländischen Recht ein Ehehindernis. Nach Schweizer Recht kann die Ehe angefochten werden, wenn diese die Gesundheit von Gatten und Kinder in hohem Maße gefährdet. In den anderen Rechten ist Geschlechtskrankheit lediglich ein Anfechtungsgrund, indem sie unter Irrtum fallen kann. Viele Gesetzgebungen kennen sie als Scheidungsgrund. Im finnländischen Recht ist die Ehe bei Verheimlichung eines angeborenen physischen Fehlers nichtig. Auch wird hier der dolose Gatte bestraft. Im sowjetrussischen Recht ist das Verschweigen einer physischen Krankheit, besonders der Tuberkulose oder einer Geschlechtskrankheit strafbar.

Heute verlangen eine ärztliche Bescheinigung Schweden seit 1920, Dänemark seit 1922. Das estische Ehegesetz von 1922 verbietet den Aussätzigen, Epileptikern und an Geschlechtskrankheiten leidenden die Ehe einzugehen, wobei Epilepsie einen Nichtigkeitsgrund, eine Geschlechtskrankheit dagegen einen Anfechtungsgrund bildet. Gemäß Artikel 119, Absatz 2 der deutschen Reichsverfassung von 1919 bestimmt ein deutsches Gesetz vom 11. Juni 1920, daß der Zivilstandsbeamte sowohl die Nupturienten als auch diejenigen Personen, deren Konsens zur Ehe eingeholt wird, durch das Vorlegen eines Schriftstückes auf die Wichtigkeit einer ärztlichen Untersuchung vor der Veröffentlichung des Eheaufgebots hinweisen soll. Diese Maßnahme hat lediglich einen erzieherischen Wert. Besser bestimmt das dänische Ehegesetz von 1922, daß eine an einer ansteckenden Krankheit oder an Epilepsie leidende Person die Ehe nicht schließen darf, bevor der andere Teil von der Krankheit genau informiert ist und ein Arzt die zukünftigen Eheleute über die Gefahren der Krankheit aufklärte. Die Nupturienten haben unter Eidesschwur zu erklären, daß in bezug auf diese Bedingung kein Hindernis bestehe. Am aller-

besten ist die Frage im sowjetrussischen Recht, im Ehe-, Familien- und Vormundschaftskodex der U.S.S.R. vom 1. Januar 1927 geregelt. Jeder Gatte hat dem anderen aufrichtig seine Krankheit mitzuteilen, sobald es sich um Geisteskrankheit, Tuberkulose oder Geschlechtskrankheiten handelt. Beim Fehlen der Aufrichtigkeit ist eine strafrechtliche Sanktion vorgesehen. So gebührt dem sowjetrussischen Gesetzgeber das Verdienst, mit dem traditionellen Satze: „En Mariage trompe qui peut“ endgültig gebrochen zu haben! Die Einführung eines Gesundheitszeugnisses für zukünftige Gatten wird sowohl in Frankreich als auch in Rumänien gefordert. Mit Rücksicht darauf, daß eine Krankheit auch von ärztlicher Seite nicht immer genau feststellbar ist, erscheint nun eine persönliche und strafrechtliche Verantwortung des unredlichen Gatten nach Vorbild des heutigen sowjetrussischen Rechts zweckmäßiger. Der moderne Staat, der sich für befugt hält, Typhus und Cholerakranke zu isolieren und in isolierte Krankenhäuser zu stecken, um die Ansteckungsgefahr zu verhüten, ist ebenso berechtigt und verpflichtet, Eheschließungen zu verhüten, wenn ein Eheteil ungeachtet seiner Krankheit und der Warnung des Arztes eine Ehe schließen will und der Arzt beim Zivilstandsbeamten gegen die Ehe Einspruch erhoben hat. Selbstverständlich soll der Arzt bei der Erhebung des Einspruchs sich lediglich vom berechtigten Interesse der Allgemeinheit leiten lassen und nur in diesem Falle soll der Gesetzgeber die Verletzung des Berufsgeheimnisses gestatten. Um Mißbräuche zu verhüten, müßte die Anzeigepflicht unter ziviler und strafrechtlicher Verantwortung des Arztes erfolgen oder ein Gegengutachten eines Kreisarztes zur Eintragung des Einspruchs ins Eheregister verlangt werden.

Untersuchungen über die präpsychotische Persönlichkeit bei Schizophrenen.

Von
Oberarzt Dr. **Ostmann**, Schleswig.

Systematische Nachforschungen, ob und wie oft Angaben über eine auffällige Charakterentwicklung oder über sonstige Eigentümlichkeiten bei Schizophrenen vor dem manifesten Auftreten der Psychose zu erhalten seien, und welcher Art sie seien, lieferten das Material der Arbeit. Die Erhebungen wurden angestellt bei 1200 Patienten (760 m. und 440 w.), die in der Landesheilanstalt Schleswig in Behandlung waren. Lag entsprechend dem Insichhineinleben der Schizophrenen eine Hauptschwierigkeit darin, überhaupt etwas über die Entwicklung ihres wahren Innenlebens und nicht nur über ihr äußerliches Verhalten zu erfahren, so war es aber auch andererseits häufig recht schwer die Grenze zu ziehen zwischen dem ursprünglichen Charakter und der Psychose, die nicht- und präpsychotischen Züge zu trennen von den psychotischen. Es kann sich also nur um eine Skizzierung wesentlicher Typen handeln, die zudem oft genug ohne scharfe Grenzen ineinander übergehen oder sich untereinander mischen.

Die Gruppierung geschah nach der Art der sozialen Einstellung der Untersuchten zu ihrer Umgebung, indem sie in präpsychotisch Gesellige und Ungesellige geteilt wurden. Zwischen beiden stehen die Weniggeselligen mit zwei Unterarten, den präpsychotisch wenig, höchstens oberflächlich Geselligen und den wenig, ihrer Art nach nur bedingt Geselligen. Die Einteilung erschien zweckmäßig, weil eben die meisten Angaben von der Umgebung stammten, und weil von der sozialen Einstellung ausgehend die Nachforschungen nach den psychästhetischen Verhältnissen, dem psychischen Tempo und der Psychomotilität am leichtesten, sichersten und zwanglosesten anzustellen waren.

21,5% der Patienten (184 m. und 74 w. = 258) waren prämorbid als gesellig zu bezeichnen, 43,5% (330 m und 192 w. = 522) als ungesellig, 13,7% (91 m. und 73 w. = 164) als oberflächlich und 21,3% als nur bedingt gesellig (155 m. und 101 w. = 256).

A.

Die Geselligen: Von ihren 21,5% boten 15,6% (143 m. und 44 w. = 187) überhaupt keine Auffälligkeiten vor der Erkrankung. Bei 5,9% aber war es anders (41 m. und 30 w.). Sie wurden im einzelnen geschildert als umgänglich, freundlich, lebhaft, gesellig (9 m. und 4 w.). Einige von ihnen wurden geistvoll, witzig und sehr begabt gefunden. Mehr als die Hälfte trug nebenher die Bezeichnung musterhaft, sehr ordentlich oder auch religiös.

Eine weitere Gruppe erschien als gesellig, gutmütig, dabei aber leichtlebig und haltlos (19 m. u. 20 w.). Gesellig, lebhaft und eitel wirkten andere (6 m. und 4 w.). Unter ihnen waren auch Empfindliche, aber die Eitelkeit wog die Empfindlichkeit auf, so daß trotz letzterer lebhafter Verkehr gepflegt wurde.

Schließlich waren auch noch gesellige Lebhafte vorhanden, die dabei der Umgebung als phantastisch imponierten (7 m. und 2 w.). Intellektuell waren viele gut Begabte unter den Geselligen, nur unter den Phantastischen waren auch mäßiger Begabte.

Wenn die vorstehend Geschilderten auch die prämorbid am wenigsten Auffallenden sind, so ist doch nicht nur bei den zuletzt Erwähnten, sondern auch bei den Vorhergehenden mit vielleicht sehr wenigen Ausnahmen schon ein gewisser Zug von Autismus anzunehmen. Musterhaft ordentlich und pedantisch liegen nicht weit voneinander. Gutmütig und haltlos-leichtlebig können leicht auf Scheu und Affektlahmheit beruhen.

B.

Die prämorbid Ungeselligen sind die am zahlreichsten Anzutreffenden. War die Ungeselligkeit zu entwickeln bei dem einen, dem kleineren Teil, aus Affektlahmheit, so war sie bei den anderen zu suchen in gefühlsmäßiger Unsicherheit, in unlustbetontem Abseitsstehen, in gefühlsmäßiger oder abwägender, beabsichtigter Ablehnung, die sich sogar bis zu offensiver Abwehr steigerte. Dementsprechend wurden auch die einzelnen Typen unterschieden.

Es waren da zunächst die Affektlahmen, gekennzeichnet durch gleichgültige Einstellung zu ihrer Umgebung, durch affektarmes bis apathisches Nachgeben gegenüber den sich überall beabsichtigt oder unbeabsichtigt im menschlichen Verkehr ergebenden Reibungen und Widerständen, auf die sie ungenügend, gar nicht oder zu wenig lebhaft reagierten.

Sie seien immer still gewesen, hätten nie mit anderen Kindern gepielt oder Umgang gepflegt (39 m. und 7 w.), oder sie seien schwächlich, still, immer einsam erschienen mit wunderlichen Zügen (19 m. u.

7 w.), mit Neigung zum Grübeln (8 m. u. 3 w.). Meist wurde hinzugesetzt, daß sie lenksam waren. Wie sie psychisch als lahm imponierten, so erschienen sie ihren Angehörigen und Bekannten auch körperlich, rein motorisch gleicherweise wenig regsam, lahm, was zum Ausdruck kam in Bezeichnungen wie langsam, schwächlich, unbeholfen.

So war zusammenzufassen still, gleichgültig, gutmütig, langsam (5 m. u. 4. w.), still steif, eckig, unbeholfen, praktisch unbrauchbar (13 m. u. 2 w.), still, gleichgültig, lässig, schlaff, energielos (36 m. u. 6 w.), still, kränklich, apathisch (3 m.). Der Verstandesbegabung nach befanden sich unter den letzteren eine größere Anzahl mäßig und mangelhaft Veranlagter, während unter den erst Aufgeführten eine ganze Reihe als gut und besser begabt bezeichnet wurden. Schließlich rechneten zu den Affektlahmen noch einige stille, einsame, körperlich unbeholfene, verlesene philosophische Grübler (4 m. u. 1 w.).

Beruhte die Ungeselligkeit bei den bisher Geschilderten gewissermaßen auf seelischer Lahmheit und Unempfindlichkeit, so ist sie bei den nun Folgenden der Ausdruck einer übergroßen Empfindsamkeit und Empfindlichkeit. Sie ist es auch dort, wo auf den ersten Blick nur Kühle zu herrschen scheint, Strindberg: Ich bin hart wie Eis und doch gefühlvoll bis zur Empfindlichkeit.

Wie aus gefühlsmäßiger Unsicherheit heraus viele Stille, Scheue, Schüchterne und Ängstliche ungesellig waren (16 m. u. 6 w.), so war diese Annahme wohl auch berechtigt bei den weichen, scheuen, ängstlichen Schwächlichen (13 m. u. 21 w.) und bei denen, die dazu noch als verzogen, weil immer kränklich und schwächlich geschildert wurden (19 m. u. 13 w.). Ein weiterer hierher gehörender Teil wurde als besonders phantastisch (8 m. u. 1 w.), ein anderer als auffallend religiös (4 m. u. 8 w.) charakterisiert.

Weiche empfindsame, scheue Stille (17 m. u. 19 w.), empfindsame, ernste, äußerst rechtlich, ehrlich, gewissenhaft denkende und handelnde, fleißige Stille (12 m. u. 8 w.), weiche, überempfindliche Grübler (3 m. u. 2 w.), empfindliche, sehr gewissenhafte Religiöse (6 m. u. 11 w.), sie alle leben in sich hinein und befinden sich in gefühlsmäßiger Defensive gegen ihre Umwelt und verhalten sich ungesellig aus ihrer Empfindsamkeit und leichten Verwundbarkeit heraus.

Etliche verstärkten ihre gefühlsmäßige Defensive soweit, daß sie sich eigensinnig zurückzogen und als ungenießbar empfunden wurden, stille, empfindliche, eigensinnige, ungesellige Grübler (9 m. u. 9 w.), zurückgezogene, empfindliche, ungenießbare Rechthaber

(5 m. u. 2 w.). Noch ungeselliger wirkte die gefühlsentsprossene Verteidigungsstellung bei den wegen ihrer Verletzbarkeit nicht nur eigensinnig, sondern schon mehr widerspenstig, störrisch von jedem Verkehr abseits Stehenden (31 m. u. 17 w.).

Sie bilden den Übergang zu der nächsten Gruppe, der der Reizbaren, die aufgeregt häufig aus ihrer Defensive herausgehend fast bis zu offensivem Verhalten gelangten (20 m. u. 35 w.), aufgeregte, unbeherrschte Abstoßende.

Außer der gefühlsmäßigen Abwehr entwickelten weitere Empfindliche ein mehr kühles berechnendes Abschließen. Schweigsamkeit, Verschlossenheit machten sie einsiedlerisch, sie waren einerseits empfindlich reizbar und darum verschlossen und bemühten sich andererseits möglichst nichts von ihrer Empfindsamkeit und Reizbarkeit zu verraten (12 m. u. 3 w.). Viele von ihnen waren dabei ernste und tüchtige Menschen, denen aber jeder Humor abging. Die höheren Grade der Verschlossenheit gaben sich häufig mürrisch, ironisch, abstoßend (5 m. u. 2 w.).

Berechnende Defensive zur Schonung ihrer Verletzlichkeit brachte andere in den Ruf, sie seien nicht nur zurückhaltend, sondern mißtrauisch und hinterhältig (19 m. u. 4 w.). Ernst und Strebsamkeit wurden ihnen zwar vielfach zugebilligt, aber von manchen hieß es auch, daß sie stets mit sich selbst durchaus unzufrieden gewesen seien (4 m. u. 1 w.).

Es waren somit unter der prämorbiden Ungeselligkeit Schizophrener neben der Affektlosigkeit alle Grade von Gesellschaftsscheu aus Schüchternheit bis zur ausgesprochenen Gesellschaftsfeindlichkeit zu finden. Die Reihe reichte von dem nur Empfindlichen bis zu denen, bei denen Empfindlichkeit und aus ihr erwachsenen Kühle sich paarten.

C.

Die wenig oder nur oberflächlich Geselligen: Sie brachen nicht jeden Verkehr, nicht jede Brücke zu ihren Mitmenschen ab. Vielleicht war der Grund Lahmheit, sie brachten nicht den genügenden Affekt auf, trotzdem sie sich innerlich sträubten, ihr Verkehr war denn auch, wie *Kretschmer* sagt, ohne jeden tieferen Rapport (17 m. u. 8. w.). Sie waren stets sehr mit sich selbst beschäftigt, indem sie viele nervöse Beschwerden hatten, kränklich und schwächlich waren (9 m. u. 4 w.), lautete eine andere Erklärung.

Für eine weitere hierher rechnende Reihe war ein am besten als sprunghaft zu bezeichnender Verkehr charakteristisch. Sie schlossen leicht Bekanntschaft, hoben sie aber eben so schnell ohne erkennbaren

Grund wieder auf (4 m. u. 3 w.), sie waren ohne Ausdauer. Übergroße Empfindlichkeit, gegen die sie bald mit mehr bald mit weniger Erfolg ankämpften (16 m. u. 19 w.), oder der sie trotz aller Bemühungen immer wieder erlagen, so daß sie sich leicht beeinträchtigt und beleidigt fühlten (22 m. u. 17 w.), entsprechend aufbrausten und sich dann zurückzogen (8 m. u. 8 w.) mag ihre oberflächlich gehaltenen, sprunghaften Anschlußversuche vereitelt haben.

Verschiedenen wohnte wohl ein mehr oder minder großes Geltungsbedürfnis inne, phantastische Idealisten, die Anhang suchten (8 m. u. 4 w.), Dichter (3 m. u. 2 w.), belehrend wirken wollende Rechthaber (4 m. u. 8 w.). Ihnen allen war zwar schon Umgang erwünscht, aber es kam ihnen weniger auf den Verkehr an, sie suchten Publikum — und wie oft und wie leicht war da ihr Wertbewußtsein verletzt. Schon sahen sie sich gezwungen einen neuen Kreis zu suchen.

D.

Nahe verwandt, aber doch dadurch unterschieden, daß sie nicht rein gefühlsmäßig, sondern mehr berechnend gesellig sind, erscheinen die „bedingt Geselligen". Sie suchen sich mit Absicht ihren ganz bestimmten Verkehr. Sie sind darin zwar nicht gerade eigentlich gesellig, aber sie sind doch da, vielfach vielleicht aus Nützlichkeitsgründen. Jedenfalls aber wahren sie die Form und die Distanz, die sie ein für allemal wünschen.

Sie waren immer sehr selbstbewußt, gingen nicht mit jedem um (13 m. u. 4 w.), schlossen sich zwar schwer an, konnten aber sehr liebenswürdig sein (22 m. u. 7 w.), so daß sie als besonders gewandt angesprochen wurden (7 m.), galten dazu als sehr ordentlich, musterhaft, vielleicht etwas pedantisch (26 m. u. 22 w.), ehrgeizig, fleißig und strebsam (6 m. u. 5 w.). Große Vorsicht in der Wahl ihres Verkehrs, Hochmut (1 m. u. 2 w.), kühle Reserviertheit verbunden mit Ehrgeiz (8 m. u. 4 w.), mit Strebertum (15 m. u. 3 w.) wurden als Charakteristikum und als Ursache ihrer geringen Zugänglichkeit oder vielmehr ihres von ihnen nur auf ihre bestimmten Kreise beschränkten oberflächlichen Verkehrs genannt. Kühle mißtrauische Strebsame (3 m. u. 3 w.) vervollständigen den Reigen, und es fehlten nicht solche, denen ein eigensinniges, kein Bedenken kennendes, unausstehliches Strebertum nachgesagt wurde (9 m. u. 15 w.).

Auch offensive Naturen zählen hierher: Maßlos überspanntes Selbstgefühl, Reizbarkeit, Neigung zu Händeln (5 m. u. 2 w.) zeichneten sie als solche; über einige dieser Art wurde erzählt, daß sie mit Vorliebe Anschluß an Unzufriedene suchten (2 m. u. 2 w.).

Die gefühlsmäßige Seite schien betont bei ein paar sehr feinfühligen Strebsamen und Ehrgeizigen (5 m. u. 2 w.) und bei solchen, die nur Verkehr suchten in mystisch eingestellten, pietistischen Kreisen oder bei religiösen Schwärmern, die jeden anders Denkenden als nicht würdig ansahen (17 m. u. 19 w.) und zum Teil außerordentlich rechthaberisch und fanatisch waren (16 m. u. 11 w.).

Zum Schluß ein Wort von *Kretschmer*, daß die meisten Schizoiden nicht entweder überempfindlich oder kühl, sondern daß sie überempfindlich und kühl zugleich sind.

Krieg und Revolution als unmittelbares Erlebnis der Irrenanstalt.

Zeitgenössische Schilderungen, zusammengestellt
von
Sanitätsrat Dr. Joh. Herting, Düsseldorf-Grafenberg.

Berufenere Federn mögen die engeren Zusammenhänge zwischen Krieg und Umsturz und psychopathischen Persönlichkeiten erörtern, wie es für Kriegsanlaß und Kriegführung älterer und neuerer Zeit von vielen Autoren unternommen ist, wie es für die Revolutionen weiter zurückliegender Zeit u. a. *Brierre de Boismont*[1] und *Clemens*, für den letzten deutschen Umsturz *Kraepelin* getan hat. Mir schien es von historischem Interesse zu sein, einmal die unmittelbaren Auswirkungen von Krieg und Revolution auf die Irrenanstalten zusammenzustellen, soweit sie sich aus der psychiatrischen Literatur ermitteln ließen.

Bei Kriegsausbruch 1914 verfügte niemand von uns Irrenärzten über persönliche Kriegserfahrungen. Die von uns getroffenen Maßnahmen beschränkten sich auf Beschaffung größerer Vorräte an Lebensmitteln, Ersatz des zur Fahne einberufenen Personals und Bereitstellung von Betten zu Lazarettzwecken. Das Waffenglück der ersten Wochen und unsere Kriegserfolge überhoben uns — mit ganz geringen Ausnahmen — selbst in den Grenzmarken schwerwiegende Entschließungen zu fassen. Die Ernährungs- und anderen wirtschaftlichen Schwierigkeiten, die alle Anstalten fast gleichmäßig trafen, sind noch in Aller Gedächtnis; sie sind in den der Behörde erstatteten Kriegsberichten niedergelegt und mögen dort von den Nachkommenden eingesehen und später veröffentlicht werden.

Die Erlebnisse der Novembertage 1918 werden in allen deutschen Anstalten ziemlich die gleichen gewesen sein; es erschienen Abgesandte der Arbeiter- und Soldatenräte in den Anstalten, begehrten mit bewaffneter Hand Einlaß besonders in den Reserve-Lazarett-Abteilungen, um ihren dort „grundlos und widerrechtlich eingesperrten" Kameraden die Freiheit zu bringen. Von den 264 Insassen des hiesigen Reserve-

Lazaretts folgten 79 dem Rufe; eine große Zahl von ihnen wurde aber bereits in den nächsten Tagen der Anstalt zwangsweise wieder zugeführt.

Diese Ereignisse waren nicht ohne Vorgänger, und kein Geringerer als *Pinel* berichtet darüber:

Aus der französischen Revolution 1793.

Er schreibt[2]: „Da mir als Arzt das Hospital von Bicêtre während des zweiten und dritten Jahres der Republik (1793—1794) anvertraut war, so eröffnete sich mir ein weites Feld für meine Untersuchungen über den Wahnsinn. Welche Epoche wäre übrigens zu solchen Untersuchungen günstiger als die während der Stürme einer großen Revolution, die geeignet sind, entweder Tätigkeit den Leidenschaften mitzuteilen, oder vielmehr die Tollheit unter ihren verschiedenen Gestalten hervorzubringen. Die Fehler der Lokalität dieser Krankenanstalt, die fortwährende Unbeständigkeit in der Verwaltung und die oftmaligen Schwierigkeiten, selbst die notwendigsten Sachen zu erhalten, vermochten mich [illegible] abzuschrecken. Ich fand dafür einen glücklichen Ersatz in dem Eifer, der Kenntnis und den menschenfreundlichen Grundsätzen, welche den Aufseher beseelten, einen überaus erfahrenen Mann in der Kunst, die Wahnsinnigen zu leiten, und zugleich den geschicktesten, um durch seine unerschrockene Festigkeit eine unveränderliche Ordnung in dem Hospital zu erhalten."

Er schreibt dann weiter[3]: „Als die Mörder bei der Rückkehr von der in den Gefängnissen verübten Metzelei mit Gewalt auch in das Irrenhaus zu Bicêtre unter dem Vorwand, gewisse Opfer der alten Tyrannei zu befreien, die man mit den Wahnsinnigen zu vermischen suchte, bewaffnet hineindrangen, gingen sie von Zelle zu Zelle, befragten die Eingesperrten und gingen weiter, wenn die Verrücktheit offenbar war. Einer von den in Ketten geschlossenen zog ihre Aufmerksamkeit durch Reden voll Sinn und Vernunft und durch die bittersten Klagen auf sich; ihn einzusperren, sei die empörendste Ungerechtigkeit. Heftiges Murren und laute Verwünschungen erhoben sich gegen den Aufseher; alle Säbel waren gegen seine Brust gerichtet, und als er sich rechtfertigen wollte, hieß man ihn stillschweigen, und ohne den Mut seines Weibes, die ihn sozusagen mit ihrem Körper deckte, wäre er unter mehreren Stichen gefallen. Man befahl ihm, den Wahnsinnigen loszulassen und führte diesen im Triumph fort, unter wiederholtem Freudengeschrei: Es lebe die Republik! Der Anblick so vieler bewaffneter Menschen, ihre lärmvollen und verwirrten Stimmen, ihre vom Wein glühenden Gesichter, weckten die Wut des Wahnsinnigen wieder; er bemächtigte sich des Säbels seines Nachbarn,

haute rechts und links um sich herum, vergoß Blut und hätte die beleidigte Menschheit gerächt, wenn man sich seiner nicht schnell bemächtigt hätte. Die barbarische Horde führte ihn dann in seine Kammer zurück und schien der Stimme der Gerechtigkeit und der Erfahrung tobend nachzugeben.“

Die jüngste Revolution forderte und setzte die Entfernung aller monarchischen und politischen Erinnerungen durch. Die französische ging noch radikaler vor. *Pinel* berichtet [4]: „Die Administratoren der Zivil-Hospitäler hielten es im 3. Jahre der Republik in ihrem überspannten revolutionären Eifer für ihre Pflicht, alle Gegenstände des äußeren Gottesdienstes, oft den einzigen Trost der armen Unglücklichen, zu entfernen und machten damit den Anfang in Bicêtre in den Schlafzellen der Alten und der Kranken, die über dieses unerwartete Schauspiel von Erstaunen, Zorn und Entsetzen ergriffen wurden. Der Aufseher ließ eine Menge Kokarden von Nationalfarben ankaufen, rief in der Abteilung der Wahnsinnigen alle, die nicht eingesperrt waren, zusammen und sprach sie mit einer heiteren Miene also an: Diejenigen, welche die Freiheit lieben, sollen vortreten und sich unter die Fahne der Nation begeben. Einige waren unschlüssig, aber die meisten nahmen diese Einladung an. Diesen Augenblick des Enthusiasmus machte er sich zu Nutzen und verkündigte ihnen, daß vermöge dieser neuen Verpflichtung sie nicht mehr in der Hospitalkapelle die hölzerne vergoldete Bildsäule der Jungfrau Maria, die steinernen Bilder der Heiligen und die heiligen Gemälde dulden dürften. Zahlreiche Haufen liefen blitzschnell davon, begaben sich in die Kapelle und zerstörten ohne Unterschied in der Mitte des Hofes diese einst so verehrten Gegenstände. Bei dem kleinen Haufen der Andächtigen nahm man eine traurige Miene der Bestürzung und des Entsetzens wahr; es folgte verwirrtes Murren, dann Verwünschungen und Drohungen. Die am meisten Erbitterten riefen Feuer vom Himmel auf die Köpfe der Schuldigen herab und glaubten die Abgründe zu sehen, die sich unter den Füßen von ihnen öffneten. Der Aufseher, um ihnen zu zeigen, der Himmel sei taub gegen ihre Stimme, ließ alles in Stücke schlagen und befahl, daß man die Trümmer wegtragen möchte. Die andächtigen Melancholiker, vom Gefühl eines ohnmächtigen Zornes durchdrungen, zogen sich in ihre Kammer zurück.“

Ein Anderes! Wir alle erinnern uns der Kriegs-Hungerblockade und der Todes-Ernte, welche Hungerödem, Tuberkulose und Dysenterie in den Anstalten hielten. *Pinel* berichtet aus der Zeit der französischen Revolution von 1789 folgendes [5]: „Unter der konstituierenden Versammlung wurden nach einer einsichtsvollen Berechnung der Be-

dürfnisse, die bisherige tägliche Brotportion von 750 g Brot auf 1 Kilogramm erhöht. Im 4. Jahre der Republik, also 1796 gewöhnlicher Zeitrechnung, begann aber, der allgemeinen Hungersnot entsprechend, die allmähliche Herabsetzung der Brotportion auf 850, 500, 400, ja auf 200 g, wobei ein unbedeutender Ersatz an öfters schlechtem Zwieback gegeben wurde, mit der Folge daß, während im ganzen 2. Jahre der Republik die Gesamtzahl der Toten im Bicêtre 27 betrug, in 2 Monaten des 4. Jahres sich die Zahl der Toten auf 29 belief. Todesursache waren schleimige Bauchflüsse und Dysenterien."

Nun zu Kriegsnöten:

1806.

1806, Preußens tiefster Stand!

Das Irrenhaus in Berlin war am 1. September 1798 abgebrannt, ein großer Teil der darauf einstweilen im Arbeitshause untergebrachten Geisteskranken wurde in die Charité aufgenommen, und seitdem blieb die größte und wichtigste Irrenanstalt im Lande mit diesem allgemeinen Krankenhause in Verbindung. Der 2. Arzt der Anstalt Dr. *Horn* schreibt[6]: „Kaum waren die Franzosen in Berlin eingerückt, als sie auch sogleich von diesem Krankenhause Besitz nahmen. Alle Kranken, die noch imstande waren sich fortzubegeben, mußten schleunigst fortgeschafft werden, da beschlossen wäre, dies Institut in ein Lazarett für die französischen Garden umzuwandeln. Mehrere hundert Kranke mußten ungeheilt entlassen werden, viele waren in einer solchen Verfassung, daß sie kaum durch andere fortgeführt werden konnten. Den französischen Gardisten wurde ein großer Teil der besten Zimmer eingeräumt, und unsere Kranken mußten sich kümmerlich mit den übriggelassenen Räumen begnügen und mit den schlechtesten Wärtern, die der Feind als unbrauchbar verworfen hatte. Fremde Ärzte und Beamte drängten sich in die Anstalt und mit ihnen eine neue Verpflegungsart, eine neue Behandlungsweise, ein neuer Etat, so daß die alte Ordnung aufgehoben ward, und Einheit und Ruhe im Inneren aufhörten. Die gewöhnlichen Einnahmen gingen nicht ein, die Lieferungen wurden immer schlechter, da man keine Mittel besaß, die bisher geschehenen zu vergüten. Der Kredit des Hauses sank immer tiefer. Die Unterstützungen, welche die Anstalt früher dem Könige verdankte, gingen während der Jahre 1806—1814 verloren. Die Forderungen eines Charité-Lieferanten stiegen von 13000 Tlr. im Jahre 1807 auf 50000 Tlr. im Jahre 1810; seine Zinsforderungen beliefen sich allein auf 5000 Tlr., die er sich aber erst auf gerichtlichem Wege durch zwei Instanzen erstreiten

mußte, da nach der Ansicht der Verwaltung „nach bekannten Rechtsgrundsätzen der Fiskus keine Zinsen zu zahlen brauche.“ Selbst nach dem Frieden dauerten die Geldverhältnisse an, so daß die Administration noch am 20. April 1813 der Behörde anzeigen mußte, daß alle Verpflegungsmittel dergestalt verzehrt seien, daß man nur noch für einen Tag Rat zu schaffen wisse. Noch im April 1816 drückte die Anstalt eine Schuldenlast von 55000 Tlrn.

Der von Horn 1816 den Verhältnissen angepaßte und von einem ausführlichen Gutachten begleitete Etat-Voranschlag fand ebensowenig die Genehmigung des Ministeriums, wie sein Antrag auf Gewährung einer Schuldentilgungssumme und auf Genehmigung einer mildtätigen Sammlung bei den Bewohnern der Residenz.

Ergreifend ist die Schilderung der von *Horn* bei seinem Dienstantritt 1806 in der Charité angetroffenen hygienischen und wirtschaftlichen Verhältnissen.

Er schreibt: „Überall herrschte eine nicht zu beschreibende Unreinlichkeit. Ein widerlicher Geruch war in den Zimmern und Fluren verbreitet. In manchen Krankenzimmern wurde es schwer lange zu verweilen, und in der Nähe der Betten fanden sich der Gegenstände des Ekels soviele, daß man sich überwinden mußte, der Prüfung einzelner Kranken die gehörige Ruhe und Zeit zu widmen. Luftzüge fehlten in vielen Zimmern ganz, in anderen waren sie in Verfall geraten, schlecht angebracht oder unvollständig. Die Fenster wurden selten geöffnet, die Öfen überheizt, die Lagerstellen selten gewechselt. Die Kranken wurden bei ihrer Ankunft nicht gereinigt, die schmutzigsten Kleidungs- und Wäschestücke ihnen nicht abgenommen.

Der Zustand der Leib- und Bettwäsche war höchst ärmlich. Die Lagerstellen waren oft schon zuvor von anderen benutzt und häufig in dem Grade beschmutzt, daß selbst an Schmutz gewöhnte Kranke sich ohne Ekel ihnen nicht nähern konnten. Die allerschmutzigsten Bettlaken mußten mehrere Wochen liegen bleiben, ehe man sie wechselte. Es fehlte an der notwendigsten Wäsche, es fehlte an Geld, es fehlte an Kredit. Die Reinigung der Wäsche war unzureichend, die sogenannte reine Wäsche oft nicht viel besser als die schon gebrauchte.

Der Inhalt der Strohsäcke war in Häcksel verwandelt und zum Vehikel des Ungeziefers geworden. Die Ausdünstungen der mit Schweiß und Urin unendlich oft angefeuchteten Federkissen verpesteten die ganze Umgebung. Die Bettstellen waren veraltet, nicht angestrichen, in ihrem Zusammenhang lose, verfallen und beherbergten in ihren Fugen und Verbindungen eine unvertilgbare Brut von Wanzen.

Alle Utensilien, Tische, Fensterbänke, Eßgeschirre, der Fußboden, ließen vor Unreinlichkeit ihre ursprüngliche Farbe nicht erkennen. Wo man hinsah, wo man hinfaßte, wo man hintrat, überall ein unbeschreiblicher Schmutz! Dabei waren in der Regel alle Fenster dicht verschlossen. Man fürchtete Zug und Erkältung, während man die Kranken einer viel verderblicheren Mephitis aussetzte. Die Folgen, die daraus hervorgingen, waren, daß leichte Kranke sich verschlimmerten, bösartige Lazarettfieber sich entwickelten, manche Kranken starben, die bei besserer Pflege und Reinlichkeit würden erhalten worden sein.

Ein verderblicher Schlendrian hatte Wurzel gefaßt. Die Unreinlichkeit war zur andern Natur geworden und die durch das französische Lazarett bewirkten Unordnungen und Störungen aller Art mußten diese Übel unendlich steigern.“

Diesem Bericht über mittelbare Auswirkungen und Folgen eines verlorenen Krieges und feindlicher Besetzung des Landes auf eine Irrenanstalt möge die Schilderung der unmittelbaren Besetzung einer Anstalt durch Kampftruppen folgen [7]:

1813.

„Der Sonnenstein bei Pirna in Sachsen, seit 1811 als Irrenanstalt in Benutzung, wurde vom 22. August 1813 an wechselweise von Truppenabteilungen des französischen Heeres und von den Alliierten besucht und besetzt, je nachdem das Schicksal des Krieges die Stadt Pirna diesem oder jenem Heere überwies. An Aufwänden aller Art fehlte es dabei nicht, doch das Schlimmste und das Schrecklichste brach schnell und unaufhaltsam herein.

Napoleon hatte auf einer Rekognoszierung am 12. September 1813 die Lage des Sonnenstein beaugenscheinigt, die Anstaltsbeamten über mehreres befragt und mit dem Lakonismus: Que l'on chasse les fous! die Wegschaffung der Anstaltspfleglinge und die Umgestaltung der Heilanstalt zu einem festen Platze angeordnet.

Das durch jenes Wort über die Anstalt verhängte Unheil ward durch die Art, wie der Befehl zur Räumung der Anstalt in Vollziehung gelangte, noch vermehrt. Die Übergabe sollte nach einer getroffenen Übereinkunft ordnungsmäßig erfolgen. Aber der von dem französischen Ingenieurgeneral abgefertigte Ordonnanzoffizier hielt das ihm darüber mitgegebene Schreiben solange zurück, bis der Kommandant des Forts an der Spitze einer Infanterieabteilung sich am 14. September 1813 in der Irrenanstalt eingefunden und von dieser, wie von einem eroberten Platze, mit gänzlicher Beseitigung der verabredeten Über-

gabe Besitz ergriffen, den Anstaltsbeamten sämtliche Schlüssel abgenommen, die Verabfolgung der Vorräte untersagt und, um seinen Maßregeln Nachdruck zu geben, alle Ausgänge mit Wachen besetzt hatte. Seiner Anordnung zufolge sollten die Kranken sofort entfernt und ihre Betten und Habseligkeiten sowie alles Hausgerät der Anstaltsbeamten sogleich fortgeschafft werden; eine vierstündige Frist dazu war nur mit Mühe zu erlangen.

Unbeachtet blieben alle Vorstellungen; alle Vorräte nahm das Militär in Beschlag und Gebrauch, selbst einen für das erste Bedürfnis der Kranken mit Brot beladenen Wagen ließ der Kommandant wieder abladen.

61 vollständige Betten mußten für die Bequemlichkeit der Garnison geliefert werden; das Vieh war ein Hauptgegenstand der Forderungen des Kommandanten; er vorenthielt den Kranken Strohsäcke und Wäsche, ja ließ, besonders den weiblichen Kranken ihr weniges, für die Soldaten durchgängig unnutzbares Eigentum an Kleidung u. dergl. noch abnehmen. Kaum soviel Brot als der Unterhalt der Verpflegten auf 2 Tage erforderte, ward gerettet. Dagegen entfremdete der Eroberer der Anstalt 160 Zentner Mehl, 24 Scheffel Korn und 2400 Pfund Brot.

Unter den Ausziehenden befanden sich 215 Verpflegte und Gemütskranke! Herzzerreißend war der Anblick des Auszuges vom Sonnenstein und des Einzugs in die Stadt Pirna, und zwar in die dasige Hauptkirche, die man, da alle Bürgerhäuser mit Einquartierung überfüllt waren, ihnen als ersten Zufluchtsort menschenfreundlich geöffnet hatte. Ohne die nötigsten Lebensbedürfnisse, sogar ohne Brot, zum Teil selbst ohne Betten und ohne alle Aussichten, sich das Nötigste verschaffen zu können; die Elbe war gesperrt, die Kommunikation unterbrochen, überall alles mit Truppen angefüllt, überall Requisitionen und Plünderungen, überall großer Mangel und hohe Preise, in der Anstalt selbt das Nervenfieber und andere überhandnehmende Krankheiten! Die Hülfsmittel waren erschöpft und die Kassen geleert!

Als die Einquartierung in Pirna sich etwas vermindert hatte, wurden daselbst zwei Bürgerhäuser gemietet; ein unter diesen Drangsalen der Stadt ohnehin entbehrliches Schulgebäude ward eingerichtet, um bei der eintretenden rauheren Jahreszeit die Kranken aus der Kirche in wärmere und bequemere Wohnungen zu verteilen.

Endlich kapitulierte Dresden, und der Sonnenstein, dessen Übergabe in die Dresdener Kapitulation mit einbedingt war, wurde den österreichischen Truppen übergeben, von denen ihn die Direktion am 23. Oktober 1813 zurückerhielt; aber in welcher Verfassung! Vier

Gebäude und die Kirche waren ihrer Dächer beraubt; die erst neu errichtete Kirche war besonders schonungslos behandelt und alles Holzwerk, Altar, Kanzel, Bänke usw. verbrannt, obwohl es an Brennholz in Klaftern nicht fehlte. Im Innern war alles zerstört und völlig durchnäßt, ohne Fenster, ohne Türen, ohne Öfen, größtenteils ohne Dielen; das Schlachthaus, ein Wohnhaus für unruhige und lärmende Irre, die Gärtnerwohnung, des Röhrmeisters Wohnung und ein Pavillon im kleinen Garten waren der Erde gleichgemacht. Die Gärten, aus denen man den guten Boden auf die Schanzen gefahren hatte, waren verwüstet, die Tore, Mauern und Brücken abgetragen.

Die Rückkehr der Anstalt in ihre alten Räume erfolgte im Februar 1814. Der Gesamtverlust durch diese feindliche Besitznahme und Zerstörung wurde auf 13000 Tlr. geschätzt.“ —

1848.

Objektive Berichte darüber, ob die Stürme des „tollen Jahres“ ernstlich die Irrenanstalten berührt haben, konnte ich nicht ermitteln. Eine kurze Nachricht in der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie erwähnt „Volksaufläufe gegen die Prager und Hamburger Krankenanstalten“, in denen die Geisteskranken untergebracht waren; doch vermochte das Hamburger Staatsarchiv darüber weder etwas aus den Berichten zeitgenössischer Zeitungen, noch aus den polizeilichen Akten zu ermitteln. Es wird daher die Annahme erlaubt sein, daß die politische Bewegung in Deutschland vor den Toren der Anstalten Halt gemacht hat. Um so mehr haben sich die damaligen Irrenärzte literarisch mit der Zeitbewegung befaßt, und zwar mit der Frage, ob politische Umwälzungen auf die Art der Geistesstörungen und auf die Zahl der Erkrankungen und Anstaltsaufnahmen Einfluß gehabt haben und mit der Frage, ob die Revolutionen selbst als Geistesstörungen aufzufassen seien.

Besonders waren es die Franzosen, die, wohl unter dem stärkeren Eindruck der Pariser Vorgänge, zu diesen Fragen Stellung nahmen. Schon am 2. Mai 1848 hielt *Belhomme* [9] in der Akademie der Medizin in Paris einen Vortrag über den Einfluß politischer Ereignisse und Erschütterungen auf die Entstehung von Geistesstörungen. Er kam zu dem Ergebnis, daß der Einfluß politischer Vorgänge kein anderer sei als der einer zufälligen gelegentlichen Ursache, nicht anders wie tausend alltägliche Privat- und Familienereignisse. Die gleiche Ansicht vertraten Londe, Ferrus, Baillarger, Brierre de Boismont; letzterer wies dabei auf zahlreiche Beispiele aus der Geschichte hin, wonach überwertigen Ideen, welche zeitweise unter den Menschen auftauchen,

in erster Linie die ésprits faibles erliegen und alsdann la matière première de l'aliénation bilden. Übereinstimmend kamen sie zu dem Ergebnis, daß die Krankheitsäußerungen sich den jeweiligen Erlebnissen und Stimmungen anpaßten, so daß die bald nach den Straßenkämpfen in die Anstalt eingelieferten Kranken von melancholischen, angsterfüllten Ideen beherrscht waren, Flintenschüsse und drohende Stimmen hörten, guillotiniert und erwürgt zu werden fürchteten, während später die rabulistischen Weltbeglücker, Vaterlandsbefreier und blutdürstigen Umstürzler zur Aufnahme in die Anstalten gelangten.

Wenn ich auch an einer Stelle die Notiz finde, daß „die furchtbarere Juni-Revolution auch ungleich furchtbarere Folgen hatte und die Gemächer des Herrn Brierre (Privatanstalt in der Vorstadt St. Antoine) sich sozusagen von dem ersten Moment an, in welchem der Barrikadenkampf begann, füllten“, so stimmen doch alle anderen Berichterstatter dahin überein, daß eine beachtenswerte Zunahme der Aufnahmen, die man nach der landläufigen Ansicht mit Sicherheit erwartete, ausblieb.

Die deutschen Irrenärzte traten erst im Jahre 1850 mit ihrer Meinung hervor. *Flemming*[10] glaubte der allgemeinen Meinung beitreten zu sollen, daß die Revolution zu einer Vermehrung der Erkrankungen und Anstaltsaufnahmen geführt habe, während Damerow und Jacobi nach den Erfahrungen in ihren Anstalten die entgegengesetzte Ansicht vertraten, Jacobi sogar eine Verminderung der Aufnahmen und einen Tiefstand seiner Bestandzahl wie seit vielen Jahren nicht beobachtete, „weil, wie er sagte, man draußen die Irren von den Tollen nicht zu unterscheiden vermöge, wenngleich der Grund wohl hauptsächlich in dem erschütterten Zustand aller Autorität zu suchen war.“ — Auch aus Schleswig-Holstein[11], das durch seine Freiheitskämpfe gegen Dänemark von 1848—1851 schwer erschüttert war und im Herzogtum Schleswig unter der tyrannischen Wirtschafts- und Unterdrückungspolitik der Dänen in den folgenden Jahren schwer litt, wurde eine erhebliche Zunahme der Krankenzahl in der Anstalt Schleswig gemeldet, die ursächlich auf diese politischen Verhältnisse zurückgeführt wurde. Eine genaue Statistik, die u. a. die dänische Zeitung Fädrelandet betrieben hatte, ergab aber, daß sich an der Zunahme in gleichem Maße Holstein beteiligte, das dem dänischen Einfluß entzogen war.

Ein ganz besonderes Interesse brachte man aber damals der Frage entgegen, ob die revolutionären Ansichten und Bestrebungen vielleicht selbst als Geistesstörungen auzusehen seien.

Virchow[12] empfahl das Studium der Deutschland durchwandernden „psychischen Epidemie" dem speziellen Interesse der Irrenärzte und Neumann hielt unter Berufung auf Ideler und Leubuscher, sogar die Gattungsbezeichnung eines „sozialen Wahnsinns" für hinlänglich gerechtfertigt. Es erschien eine Monographie[13]: Die demokratische Krankheit, eine neue Wahnsinnsform, die auf die damals geltende Lehre von den Monomanien zurückzuführen ist und deren Beweisführung daher nach jetzigen Anschauungen auf sehr schwachen Füßen steht. Sie erfuhr bereits von Damerow eine bittere Kritik und löste humoristische Gegenstücke aus, zwei lateinische Abhandlungen: De morbo reactionario, antiqua insaniae forma, disputatio jovialis aesthetico — satyrica und De morbo democratico, antiquissimo insaniae genere.

Der amerikanische Bürgerkrieg 1861—1865.

Von den Jahresberichten aus 24 Anstalten der nordamerikanischen Union aus den Jahren 1861—1865 enthalten 6 Mitteilungen[14] über den Einfluß des Krieges auf die Entstehung von Geisteskrankheiten. Übereinstimmend sprechen sie sich dagegen aus, daß man als Ursache der Geistesstörungen die Aufregungen durch den Krieg annehmen dürfe.

Dr. *Ray* vom Butler Hospital läßt sich eingehend darüber aus und schreibt:

„Unter dem Publikum scheint ziemlich allgemein die Ansicht zu bestehen, daß der Krieg notwendig eine beträchtliche Zunahme der Geisteskrankheiten mit sich bringen müsse, und man wundert sich darüber, daß die Berichte unserer Anstalten eine nur sehr schwache Stütze dafür bieten. Verlust von Hab und Gut, von Freunden und Verwandten, Furcht, Angst, Aufregung und Mißgeschick scheinen so recht geeignet, die geistigen Tätigkeiten zu erschüttern. Die Geistesstörung gelangt aber nicht als unmittelbare Folge davon zum Ausbruch, sondern nur insofern als dadurch der Keim zu späteren Erkrankungen gelegt wurde. In der Regel kommen ein äußeres veranlassendes Moment und eine angeborene Unvollkommenheit des Gehirns in Betracht."

Besonders interessant ist, daß gerade aus dem Gouvernement-Hospital — von dem gesagt wird, daß seine Eröffnung im Jahre 1861 für die Soldaten der Unionsarmee ein „großes Glück" war — berichtet wird, es könne durchaus nicht bewiesen werden, daß der Krieg, seine Aufregungen und Gefahren bei den Soldaten der Land- oder Seearmee, die persönlich an den erbitterten Kämpfen teilnahmen, in

einer großen Zahl von Fällen als psychisches Moment für die Entstehung der Krankheit anzusehen seien, da unter 493 Fällen nur bei 2 Prozent diese Voraussetzung zutreffend war. Auch in den für die Zivilbevölkerung bestimmten Anstalten wurden weniger Kranke aufgenommen als früher. — Weiter wird berichtet, daß in einer Anstalt durch Explosion mehrerer Tonnen Pulver außer anderen Schäden, alle Fenster zertrümmert wurden und daß das Missouri State Lunatic Asylum am 1. Oktober 1861 von den Rebellen vollständig ausgeplündert und die ganze Einrichtung zu andern Zwecken verwendet wurde, so daß man die Anstalt schließen mußte.

1866.

Dr. Heinrich *Hoffmann* (der Struwwelpeterhoffmann) Direktor der Irrenanstalt Frankfurt a. M. schreibt[15] in seinen Lebenserinnerungen:

„In die erste Zeit nach der Verlegung in die neue Anstalt fiel auch das sorgenreiche Kriegsjahr 1866. Von den Vorgängen in der Stadt sah ich wenig, da ich pflichtgemäß in den schweren Tagen der Einnahme der Stadt in der Anstalt draußen bleiben mußte. Unsere Lage draußen war einigermaßen bedenklich. An der Eschersheimer Landstraße hatte die Bundesarmee alberne Schanzen aufgerichtet, die, wenn sie verteidigt worden wären, die Anstalt mit ihren ummauerten Gärten zu einem unumgänglichen Verteidigungspunkte gemacht hätten. Ich hatte deshalb einen eventuellen Rückzugsplan entworfen: Dr. *Lotz* voran, Verwaltung in der Mitte und ich am Schluß des Zuges. — Glücklicherweise war das alles unnötig. Wir hatten große weiße Fahnen, aus je 4 Leinentüchern zusammengenäht, auf den Dächern der 4 Eckpavillons aufgesteckt. Wir gingen oft auf den Boden und hielten Umschau: Die Schanzen blieben unbesetzt. — Ich teilte die Höllenangst der Einwohner in der Stadt nicht, obgleich z. B. mein Schwager D. bei mir anfuhr und mir einen schweren Sack Geld aufzuheben gab, da man in Frankfurt eine Plünderung fürchtete und eine Irrenanstalt für ein sichereres Versteck hielt als einen Kassenschrank in der Stadt.“

1870/71 (Deutschland).

Aus der Anstalt Klingenmünster in der Pfalz, also im Aufmarschgebiet gelegen, wird folgendes berichtet[16]:

„Die vorüberziehenden Truppen wirkten auf die meisten Kranken nicht anders, wie ein ähnliches Augenschauspiel ohne tiefere Bedeutung auch getan haben würde; vereinzelte jugendliche Patienten ver-

langten in das Heer einzutreten; bei den Frauen lenkte die Spannung und die Tätigkeit in Zupfen von Charpie, Fertigen von Verbandstücken usw. ab von der träumerischen Hingabe an schwermütige Empfindungen. Andere wurden beängstigt im Gedanken an die mögliche bevorstehende Invasion. — Das Gros der Kranken blieb, selbst während die vielen Verwundeten im Hause waren, innerlich unberührt."

1870/71 (Frankreich)[17].

„Die Anstalt St. Anne war während der deutschen Belagerung die einzige für Aufnahmen geöffnete Anstalt von Paris bei einer Bevölkerung von 2 Millionen, denn die besonders exponierte Anstalt Ville-Évrard war vollständig geräumt, Vaucluse war völlig abgeschnitten und Bicêtre und Salpêtrière nahmen keine Kranken auf. Durch Entlassungen und Verlegungen in entferntere Provinzial-Anstalten war am 10. September 1870 der Bestand in St. Anne von 480 auf 138 Kranke zurückgegangen und trotz beträchtlicher Sterblichkeit wurden bis Dezember alle Plätze wieder besetzt.

Bei den am 20. Januar 1871 beginnenden Bombardements war St. Anne besonders dem Geschützfeuer ausgesetzt; nachts brachte man die Kranken in die geschützteren Kellerräume; trotz der Masse von Bomben, die in das Anstaltsgebiet niederfielen, wurde nur ein Kranker getötet.

Während der Herrschaft der Kommune, März—Mai 1871, fehlte es nicht an Konflikten; eines Tages wollte der Pöbel das Tor erbrechen, um die Aufnahme eines Kranken zu erzwingen; ein andermal beabsichtigte ein Klub über die Gesetzmäßigkeit der Internierungen von Kranken abzustimmen; doch ging alles ohne üble Folgen vorüber. Während der Straßenkämpfe war St. Anne gleichzeitig dem Feuer der regulären Armee und der Nationalgarde ausgesetzt; einige Gebäude wurden beschädigt, nur ein Kranker verwundet."

Auch hier wurde die allgemein verbreitete Ansicht, daß die Epochen der Aufregung die Aufnahmen der Irren in die Anstalten vermehre, durch die Tatsachen nicht bestätigt. Der Berichterstatter Marée sagt: „Revolutionszeiten exaltieren und führen ins Irresein nur die schon disponierten Menschen, die wahrscheinlich auch durch jede andere Ursache krank geworden wären. Die Art der Störung kann durch die herrschenden politischen Ideen bestimmt werden; die Zahl der Irren wächst aber nicht merklich während der Revolutionszeiten. Die Statistik über die in den Anstalten des Seine-Departements aufgenommenen Kranken aus den Jahren 1847—1871 bestätigt das und zeigt, daß in der der Aufregung folgenden Zeit sich manchmal eine

Verminderung der Aufnahmen zeigt, wie 1850 und 1871. — Eine gewisse Anzahl von Irren beteiligt sich an den Volksbewegungen; sie sind das Opfer ihrer krankhaften Erregung und finden noch in jenem Medium einen entsprechenden Nahrungsstoff; während der Kämpfe verlieren viele ihr Leben durch ihre Verwegenheit, durch Nicht-Erkennen der Gefahr; nach dem Kampfe wandern die Nichtumgekommenen in die Gefängnisse oder werden als zurechnungsfähig deportiert, denn der nicht sachverständige Richter unterscheidet die Gehirnkranken nicht von den geistesgesunden Angeklagten."

Diesem Berichte aus einer öffentlichen Anstalt möge ein Bericht *Brierre de Boismont* folgen aus der von ihm geleiteten Privatanstalt in der Vorstadt St. Antoine:

„Nach der Niederlage bei Sedan zweifelte kein Vernünftiger an der Einschließung und Belagerung von Paris. Infolge der angeordneten Räumung anderer Privatanstalten stieg die Krankenzahl in St. Antoine auf 200. Da die Dauer der Belagerung sich nur unsicher bestimmen ließ, rechnete ich auf einen Vorrat an Lebensmitteln für 3 Monate. Ich ließ große Einkäufe an Lebensmitteln machen, und schon am nächsten Tage schlossen mehrere unserer Lieferanten ihre Magazine. Es folgte eine rapide Steigerung der Lebensmittelpreise. Im November und Dezember, wo die Kälte auf 12—14° stieg, sammelten sich vor den Türen der Bäcker und Metzger ungeheure Scharen, um die notwendigsten Lebensmittel zu erhalten; mitten in der Nacht begann das Gedränge und dauerte bis 11 Uhr morgens. Die tägliche Ration an Fleisch wurde allmählich auf 30 g, an Brot auf 300 g festgesetzt. Obschon ich mich bemühte meinem Personal ausreichend Nahrung zu geben, waren doch 40 Katzen, die sich im Hause befanden, in kurzer Zeit verschwunden und die Ratten, die wie immer in alten Gebäuden sehr zahlreich vorhanden, verschwanden ebenfalls fast gänzlich (??). Das Brot wurde bald von schlechtem Mehl, Kleien, Hafer und Reis gebacken und das Mehl so grob gemahlen, daß man aus Körnern, die man im Hausbrot fand, schöne Halme gezogen hat; oft fand man im Brot gehacktes Stroh.

Die Sterblichkeit war sehr groß infolge von Diarrhoe, Dysenterie und Blutmangel, $^1/_6$ meiner Kranken war gestorben. Die Sterblichkeit in Paris, in den schlimmsten Zeiten des Jahres wöchentlich 11—1200, stieg in den letzten Wochen der ersten Belagerung auf 4500—4671, bei einer Bevölkerung von 2 Millionen.

Zum Mangel an Nahrung kam Mangel an Brennmaterial. Bäder und Heizung wurden eingestellt, in den Anstaltsgärten 20 Bäume gefällt. In den schlimmsten Tagen sah man große Scharen von plün-

derndem Gesindel vorbeiziehen, die aus den Gehölzen und Gärten, Bäume, Äste und Stackete fortschleppten."

Brierre de Boismont berichtet weiter, „daß er, als er einsah, daß die von der Mairie bewilligten Rationen für seine Kranken nicht ausreichen würden, sich rechtzeitig mit Schleichhändlerstätten, die immer bei derartigen plötzlichen Krisen in großen Städten auftauchen, in Verbindung setzte und mit Marodeurs, aber hauptsächlich mit den Chefs großartiger Etablissements Verbindungen anknüpfte, von denen man in den feinen Quartieren, die sie bewohnten, niemals geahnt hatte, daß sie einen heimlichen Handel mit Pferden, Eseln und Mauleseln trieben."

Billod, der Direktor der Anstalt Vaucluse berichtet, „daß der Kronprinz von Preußen diese Anstalt unter seinen Schutz gestellt habe, daß sie sich durch die preußischen Linien hindurch in hinlänglich weiter Umgebung verproviantieren durfte und mit Brot und Fleisch in hinreichender Menge für 1200 Personen versehen war; das Brennmaterial reichte auch hier nur für die Küche aus; man mußte die Bäder und das Heizen einstellen und den ganzen Reservevorrat an Wäsche in Gebrauch nehmen: von 1100 Kranken starben 88.

Gleich nach dem Waffenstillstande schickte *Forbes-Winslow* aus London der Anstalt St. Antoine bedeutende Vorräte an Lebensmitteln; die Zufuhren aus der Provinz gelangten anfangs nur schwer in die Stadt, da alle Kommunikationen gestört waren."

Übereinstimmend berichten mehrere Anstaltsdirektoren, daß beim Bombardement die ersten Salven auf die Kranken aller Art einen lebhaften Eindruck machten, der er sich aber schnell verwischte, und daß beinahe alle Kranken ihre früheren Gewohnheiten und Neigungen beibehielten, und z. B. verlangten, wie gewöhnlich auszugehen oder Briefe zu schreiben, als wenn eine Post existiert hätte. *Brierre de Boismont* schreibt:

„Wir hätten ein ergreifendes Bild von den Leiden der Geisteskranken in den öffentlichen Anstalten entwerfen können und hatten eine Schilderung schon begonnen; genaue Details waren uns bekannt geworden. Aber man hätte uns um Berichtigungen ersucht, hätte uns Vorwürfe gemacht, und wir haben lieber geschwiegen. Wenn die Zeit kommt, die beiden Belagerungen zu beschreiben, dann wird die Geschichte die Leiden der großen Hauptstadt aufdecken."

Zum Schluß seiner Arbeit gibt *Brierre de Boismont* eine ausführliche Schilderung des nach dem Waffenstillstande einsetzenden Bürgerkrieges und der Barrikadenkämpfe, die sich in unmittelbarer Nähe seiner Anstalt abspielten; er bemerkt dabei, daß der Kanonendonner,

das Pfeifen der Mitrailleusen und das Kleingewehrfeuer, was den größten Teil des Tages dauerte, auf seine Kranken gar keinen Eindruck machte, obwohl viele Geschosse in die Anstaltsgärten fielen, die Fassade von zahlreichen Kugeln getroffen wurde, einige durchgeschlagen waren und im Innern Möbel und Spiegel zertrümmert hatten.

Endlich berichtet er unter psychiatrischer Beurteilung eingehend über Führer der damaligen kommunistischen Bewegung, die geisteskrank waren oder geisteskrank wurden und charakterisiert in geschicktester Weise die revolutionären Führer im allgemeinen und ihren faszinierenden Einfluß auf die urteilslose Menge. Er hielt sich dazu für besonders befähigt, weil er schon 1848 vor seinem Hause hatte Barrikaden errichten sehen, weil er 10 Jahre als Verwalter im Armenwesen mit der Bevölkerung seiner Vorstadt in engste Berührung gekommen war und er daraus schon seit Jahren die Überzeugung gewonnen hatte, daß die Prinzipien der Internationale, deren Mitgliederzahl zusehends gewachsen war, bald schreckliche Verwirrungen herbeiführen würden.

Wer sich für Einzelheiten seiner höchst wertvollen Ausführungen interessiert, lese seinen Aufsatz in der psychiatrischen Monatsschrift: „Der Irrenfreund“ 1872 Heft 11 und 12, den er *Brosius* zur Übersetzung und Veröffentlichung zur Verfügung gestellt hatte.

1914.

Aus der ostpreußischen, unmittelbar hinter der stark befestigten Deime-Linie belegenen Provinzial-Anstalt Tapiau wird folgendes berichtet[18]:

„Nachdem beim Anmarsch der Russen am 25. August aus den vom Roten Kreuz benutzten Anstaltsgebäuden alle verwundeten Soldaten bereits fortgeschafft waren, mußte auf militärischen Befehl am 26. August die Heil- und Pflegeanstalt und die Besserungsanstalt Tapiau geräumt werden. Unter Führung des Anstaltsdirektors verließen 767 Geisteskranke und 93 Korrigenden die Anstalt und begaben sich zum Bahnhof, wo zufälligerweise ein entleerter Militärzug stand, dessen Benutzung zur Fahrt nach Königsberg gestattet wurde. In Dirschau erbat und erhielt der Anstaltsdirektor vom Landeshauptmann der Provinz Ostpreußen telefonisch die Erlaubnis, die Geisteskranken nach der westpreußischen Anstalt Conradstein, die Korrigenden nach Konitz zu schaffen.

Bei dieser Flucht mußten 480 bettlägerige Kranke unter Obhut eines Arztes, von 10 Pflegern und 8 Pflegerinnen in der Anstalt zurück-

gelassen werden. 22 Pflegepersonen hatten bei Annäherung der Russen die Anstalt heimlich verlassen.

Ärzte, Personal und Kranke haben bis zu ihrer Befreiung am 4. und 5. September qualvolle Leidens- und Schreckenstage durchmachen müssen. Am 28. August vormittags begann die Beschießung der Anstalt mit Schrapnells und Granaten und dauerte mehr oder weniger vier Tage lang. Die Kranken wurden in Kellern untergebracht, die noch unbeschädigt waren oder weniger gefährdet schienen. Am verheerendsten wirkten zwei Granaten, die in einen Keller einschlugen und 10 weibliche Kranke töteten und 25 zum Teil schwer verwundeten. Verschlimmert wurde die Lage dadurch, daß noch das Maschinenhaus zerstört wurde, so daß die Versorgung mit Beleuchtung und Wasser aufhörte. Ebenso bereitete die Ernährung große Schwierigkeiten, weil die Kochküche gleichfalls zertrümmert war. — Nach dem Rückzug der Russen stellte sich heraus, daß die Kranken in der zerstörten Anstalt nicht bleiben konnten; sie wurden nach Königsberg verbracht."

Literatur.

1. *Brierre de Boismont* in „Der Irrenfreund", 1872, Heft 11 u. 12. — Dr. med. Clemens, Die Revolutionen in ihrem Einflusse auf Körper, Geist und Gemüt der Völker, Frankfurt a. M. 1857, (Stadtbibliothek Frankfurt a. M.) — *Kraepelin*, Psychiatrische Randbemerkungen zur Zeitgeschichte in Süddeutsche Monatshefte 1919. Jahrg. 16, Heft 9. —. 2. *Pinel*, Abhandlungen über Geistesverirrungen oder Manie. Übers. v. Wagner, Wien 1801, S. 9. — 3. ibd. S. 164. — 4. ibd. S. 82. — 5. ibd. S. 32 u. 231. — 6. *Horn*, Öffentliche Rechenschaft usw., Berlin 1818. S. 59ff. — 7. *v. Nostitz* und *Jänckendorf*, Beschreibung des Sonnenstein, Dresden 1829. — 8. Dr. *Rothenburg*-Eimsbüttel. Das Betlehem-Hospital. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 13. 1856. S. 245. — 9. *Belhomme*, Influence des évènements et des commotions politiques sur le développement de la folie. Paris 1849. — *Brierre de Boismont*, Sur l'influence des derniers évènements politiques sur l'alienation mentale. L'Union med. Nr. 85. — *Drs.* Des folies épidémiques. L'Union médicale. 1849. Nr. 19. — Der Wahnsinn in den vier letzten Jahrhunderten nach dem Franz. des Calmeil bearbeitet von R. Leubuscher. Halle 1848. — *Heusinger*, Über den politischen Wahnsinn. Ref. Canstadt, Jahresbericht über 1849, S. 300 u. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 6. 1849, S. 352, S. 513. — 10. *Flemming*, Die politische Aufregung in ihrer Beziehung zu den Geistesstörungen. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 7. 1850. S. 35. — Damerow, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 7. 1850. S. 380, Bd. 11. 1854. S. 506. — *Jacobi*, Ungedruckter Brief an Zeller-Winnenthal. — *Droste*, Der Wahnsinn und seine Fürsorge, Osnabrücker Volksblatt 1853, Nr. 3. Ref. Allg. Zeitschr, f. Psych. Bd. 10. 1853. S. 152. — Verhandl. der Sektion f. Psych. a. d. 29. Vers. deutscher Naturforscher

und Ärzte Wiesbaden 1852. Ref. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 10. 1 S. 245. — *Carus*, Geistesepidemien, Berl. Zeit 1852. Nr. 14. Ref. S. 247. — 11. Ref. Allg. med. Zentralzeit. 1858 v. 27. X. — 12. Ref. A Zeitschr. f. Psych. Bd. 7. 1850. S. 35. — 13. *Grodeck*, Die demokratis Krankheit, eine neue Wahnsinnsform. Naumburg 1850. (Univ. Bi Bonn). Ref. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 7. 1850. S. 333. — De morb reactionario. Berlin 1850 und De morbo democratico, Gedani 1850. (Univ. Bibl. Göttingen.) — 14. Corresp. Bl. d. deutsch. Ges. f. Psych. 1866, Heft 5—8. — 15. *Heinrich Hoffmann*, Lebenserinnerungen, Frankfurt a. M. 1926. — 16. Ärztl. Jahresbericht von Klingenmünster für 1870/71. In Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 30 1874. S. 257. — 17. Annales méd. psych. Nov. 1872. — 18. Verw. Ber. der ostpreußischen Heil- und Pflegeanstalten 1914.

Schizophrenie im Verlauf malariabehandelter Paralyse und anderer chronischer Hirninfektionen.

Von

einhard Carrière, Res. Arzt an der Provinzialanstalt Lierasyl, Norwegen (Direktor: **W. Grimsgaard**). Jetzt: Landesanstalt Arnsdorf Sa.

Die progressive Paralyse einerseits und die Schizophrenie auf er anderen Seite bieten eine Fülle von Problemen jede für sich. In en letzten Jahren mehren sich nun Arbeiten, die zeigen, daß die Prolemkreise dieser beiden Krankheiten sich zum Teil überschneiden, wobei sich für beide neue, auch praktisch wichtige Gesichtspunkte ergeben.

Daß die Paralyse in ihren Symptomen zum Teil bedingt ist in individuell verschiedenen psychischen Konstitutionen oder Reaktionsbereitschaften, wird mehrfach betont. Sowohl aus der familiären Belastung, wie aus der praemorbiden Persönlichkeit des Paralytikers lassen sich Schlüsse ziehen auf die Art und Weise, wie die Paralyse in ihren Symptomen gefärbt sein wird. So zeigte *Kalb*, daß Paralysen bei einheitlich manisch-depressiv Belasteten meist der affektbetonten Form angehören, bei einheitlich mit dementia praecox Belasteten finden sich dagegen meist die dementen Formen. Ebenso sagt *Pernet*, daß der Zusammenhang zwischen affektiver Anlage und Verlauf der Paralyse offen zutage trete. Auch *Plaut* denkt an die Möglichkeit, daß z. B. bei Negern die besondere psychische Reaktionsweise in der Paralyse zum Ausdruck gelange.

Für die symptomatischen Psychosen hält *Krisch* es für wahrscheinlich, daß ihre spezielle Färbung „manchmal auch von der jeweiligen psychischen Konstitution abhängt", wobei er hervorhebt, daß das Gehirn überhaupt nur eine beschränkte Zahl von Reaktionsweisen zeigt. *Bonhoeffers* Auffassung ist ja bekannt, daß wir es „mit typischen psychischen Reaktionsformen zu tun haben, die von der speziellen Form der Noxe sich verhältnismäßig unabhängig zeigen. Das Differenzierende und die Aetiologie Kennzeichnende liegt nicht in dem psychischen, sondern fast lediglich in dem somatischen bzw. neurologischen Befund." Siehe auch *Bumke* und *Gaupp*.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang ferner *Seelerts* Arbeit über die Verbindung endogener und exogener Faktoren in dem Symptombilde und der Pathogenese von Psychosen. Das Symptombild exogener Psychosen erhält in nicht wenig Fällen durch die endogene psychische Konstitution eine besondere Färbung, weshalb wir auch im Verlauf exogener Psychosen Zustandsbilder vom Typus endogener Erkrankungen sehen können. Bei den endogenen Psychosen ist die psychische Veranlagung bedeutsamer für das Symptomenbild, als bei den organischen und allen exogenen Psychosen. Bei den endogenen Psychosen bestimmt die Veranlagung die Form der Psychose, bei den exogenen hat sie nur mitbestimmenden Einfluß, solange der psychische Grundcharakter nicht unter den durch den krankhaften Gehirnprozeß erzeugten Defektsymptomen zerfallen ist, und soweit nicht die Fülle und Intensität akuter exogener Erscheinungen ihn verdeckt und unkenntlich macht. *Seelert* zeigt, daß auch exogene Gehirnschädigungen bei endogenen Psychosen Änderungen des Krankheitsbildes erzeugen. Vor allem bei den depressiven und paranoiden Psychosen des höheren Lebensalters ist die Verlaufsform durch Verbindung endogener und exogener Faktoren gegeben. Er zitiert hierzu *Bumke*: „Man wird annehmen müssen, daß die ursprüngliche — zur Depression oder zur paranoischen Auffassung disponierende — Anlage nicht ausreicht, um das betreffende Individuum psychotisch entgleisen zu lassen, und daß nun das Hinzutreten der Involution das Faß zum Überlaufen bringt", und *Gaupp*: „Endlich besteht die Annahme zweifellos zu Recht, daß die pathologische senile Involution im Sinne einer 'Auxiliation' (*Ziehen*) die latente hereditäte Anlage zur Melancholie manifest machen kann". Die senile Involution ist ein exogener pathogenetischer Faktor mit anatomisch nachweisbarer Änderung der Gehirnstruktur. Dasselbe ist aber im höchsten Maße auch die progressive Paralyse, und was dem einen recht ist, ist dem andern billig. Kann die senile Involution eine Melancholie manifest machen, so muß eine Paralyse auch eine Schizophrenie manifest machen können. Bisher verlief die Paralyse so schnell, daß vom Manifestmachen einer anderen, endogenen Psychose nicht viel die Rede sein konnte. Man begnügte sich eben damit, verschiedene Formen der Paralyse, manische, depressive, schizoide, aufzustellen. Jetzt haben wir in der Malariabehandlung ein Mittel, den Verlauf der Paralyse aufzuhalten, sie zum Ausheilen zu bringen, und die Schädigung des Gehirns durch eine Paralyse muß groß genug sein, um eine andere Psychose manifestieren zu können. Dieser Gedanke ist nicht viel anderes, als was *P. Schröder* 1912 gesagt hat, wenn er die

Remissionen der Paralyse in Verbindung setzt mit den Anfällen der Zyklothymie oder den Schüben der Schizophrenie und meint, möglicherweise beeinflusse nicht ganz selten die eine Erkrankung die andere, derart, daß „der beginnende paralytische Prozeß zunächst eine akute Episode der anderen Erkrankung auslöst, und daß erst diese akute Episode das Bestehen der Paralyse manifest macht."

Folgender Fall kann meines Erachtens am leichtesten in der oben genannten Weise gedeutet werden, daß eine Paralyse, die zum Abklingen gebracht war, ihrerseits eine Schizophrenie ausgelöst hat:

Fall 1. Johann M. Nr. 964, geb. 1888, verheiratet, kaufmännischer Angestellter. Asthenischer Habitus.

Vater Pfarrer. 2 Brüder des Vaters wahrscheinlich geisteskrank: der eine war „sonderbar" gewesen und hat sich erschossen.

Patient hat Handelsschule durchgemacht, war 12 Jahre in einer Bank als Souschef. 1910 Lues, Schmierkur.

1922 wurde er arbeitslos wegen Personalabbau, zog mit Frau und seinen 3 Kindern aufs Land, kleine Bauernwirtschaft, ökonomisch selbständig.

1925 ängstliche Verstimmung. Nahrungssorgen. Vor Weihnachten 1925 Schwindelgefühl, Schmierkur. „Alles ist lose im Kopf". 22. 12. 1925 äußerst schwierig, meinte, seine Frau sei verrückt, konnte nicht ordentlich gehen, zertrümmerte seine Tür, Unfug auf der Eisenbahnstation, arrestiert. 2. 1. 1926 Aufnahme in der psychiatrischen Abteilung der städtischen Krankenhäuser: unruhig, Einzelzimmer. Tags darauf klarer, orientiert, lächelnd, gewisse Krankheitseinsicht, meint, es komme von seiner Lues. Ziemlich geordneter Gedankengang, Erinnerung ziemlich gut. Hat früher „Reklamebilder" gesehen, die wie farbige Bänder an den Augen vorbei und hinaus in die Atmosphäre fahren. Hörte gestern stundenlang auf dem Korridor einen Opernsänger. Häufig verwirrt, dann wieder klar. Zerreißt seine Sachen, klettert am Fenster hoch, will hinaus. Nagt das Mauerwerk entzwei, bricht sich einen Zahn aus, um ein Werkzeug zu haben zum graben. Abrupte megalomane Ideen, will Pfarrer werden; Kleinigkeit, cand. Theol. zu werden. Gleichgültig.

Pupillen: gleichgroß, rund, lichtstarr. Etwas Dysartrie. Patellarreflexe fehlen. Wa. R. im Blut schwach +. Im Liquor Wa. R. schwach +, Phase I ++, Sublimat +++, Zellen 0, Gold Paralysekurve.

5. 1. 1926 Malariaimpfung.

11. 2. 1926 verlegt in die städtische Irrenanstalt. Die Krankengeschichte wurde uns vom „Dikemark Krankenhaus" — Direktor Arnesen — freundlichst ausgeliehen. 18. 2. 1926 rastlos, Vernichtungsdrang, z. T. unsauber, Stimmung leer, euphorisch, kritiklos, megalomane Ideen, Ideenflucht. Man kommt leicht in Kontakt mit ihm. Anscheinend zuverlässige Mitteilungen über seine Verhältnisse. Will den Betrieb der städt. Krankenhäuser übernehmen, eine Million fürs Krankenhaus verdienen durch Landwirtschaft. Ist Bürgermeister von Oslo, hat eine herrliche Stimme und soll ein Konzert geben. Verträgt keine Korrektur. Ein gewisses Krankheitsgefühl. Seinen Vernichtungsdrang erklärt er damit, daß er nicht länger hier sein will, daß es unsinnig sei, Luft aus dem Keller

hereinkommen zu lassen, das ist unhygienisch, es zieht nachts, wenn die Temperatur im Keller sinkt. Spricht affektlos von seiner Krankheit: „an dem Faktum ist nicht vorbeizukommen".

18. 2. 1926: meint, sein Gedächtnis sei in letzter Zeit schlecht geworden, fühlt an den Fußsohlen Einwirkung, als ginge er auf Erbsen. Träumt viel von Unterhaltungsfilmen. Die Krankheit ist unangenehm, aber jetzt geht es besser, vorher war sie tötlich.

Der linke Mundwinkel wird höher gezogen als der rechte, ebenso die Stirnfurchen. Die Pupillen lichtstarr, stark kontrahiert, reagieren nicht auf Akkommodation. Patellarreflexe sehr schwach. Keine Sprachstörung.

Später zum Teil unruhig, isoliert, im Gürtel, mit Handschuhen. Die Größenideen machen Ideen Platz, daß er unter dem Einfluß elektrischer Ströme stehe, die ihn sehr stark plagen, so daß er angeblich aus diesem Grunde 15. 5. 1926 Suizidium versucht, indem er sich kopfüber aus dem Bett wirft. Zeitweise gibt er zu, halluziniert zu sein. 22. 6. 1926 unterhielt er sich vernünftig und natürlich mit Frau und Tochter. Hatte im März 1926 einen Brief an einen Koch geschrieben, den er engagiert hatte, korrekt, nüchtern, geschäftsmäßig, sehr genau in Einzelheiten, wie z. B. Ferien. Im Mai 1926 hatte er seiner Frau mehrere Briefe geschrieben mit anscheinend korrekter Beurteilung seiner ökonomischen Lage, Miete, Bezahlung von Schulden, völlig zusammenhängend und logisch, keine Krankheitseinsicht, opponiert gegen den Krankenhausaufenthalt, wünscht Untersuchung durch sachkundige Ärzte, schließt mit guten Wünschen und sagt, daß es ihm schlecht gehe, es sei wohl der letzte Brief, den er schreibe. Auf der Rückseite steht ausgestrichen etwas über (physikalische) Beeinträchtigung. 17. 7. 1926 Brief an den Magistrat über die Zustände in der Anstalt, wo er ständig durch Elektrizität beeinflußt wird, wodurch den Patienten die nötige Blutmenge entzogen wird sowie die Fähigkeit, über sich selbst zu bestimmen. Die Verhältnisse müssen untersucht werden, da sie vielleicht für das Gemeinwohl von Bedeutung seien. Eine Untersuchung sei im Gang, aber nicht effektiv, da das Personal nicht seine Pflicht tue. Man ist in seine Frau verliebt und auf ihn eifersüchtig. Polizei und andere Ärzte müssen entsendet werden, um hiesige Personen zu töten. 21. 7. 26: meint an sich selbst zunehmende Anaemie konstatiert zu haben, die ihm einen qualvollen Tod bereiten wird. Die augenblickliche Gefahr beschwor er dadurch, daß er einen Apfel aß und Wasser trank. Ein Herr Hansen ist der Urheber der Bearbeitung durch elektrischen Strom (diese Person ist erdichtet). Im ganzen Schreiben fehlt kein Buchstabe. Vom Herbst 1926 ab schreibt er sehr viel über das Geplagtwerden durch elektrischen und magnetischen Strom, hat namentlich Angst vor einer neuen Überlandkraftleitung, die das elektromagnetische Gleichgewicht gestört hat, der magnetische Nord- und Südpol haben ihre Stellung geändert. Ruft Reichstag und Regierung um augenblickliche Hilfe an, und um Entsendung von Fachleuten auf geophysischem, magnetischem und meteorologischem Gebiet, bittet um ein ganzes Korps von Ärzten mit Lazaretten, um Blut zu entnehmen, Polizei soll sich mit Gewalt Zutritt verschaffen. Das Blut wird verdünnt, die nötige Excitation des Herzens und Gehirns nur künstlich aufrecht erhalten durch den elektrischen Strom.

23. 8. 26.—10. 2. 27. stark halluziniert, schlapp, geplagt von Elektrizität. Suizidalversuch erneut 25. 8. 26, versucht im Somnifenhalbschlaf, sich die Radialarterie durchzubeißen. 10. 2. 27: ißt nicht mehr, unsinnige hypochondre Ideen, hat keine Eingeweide mehr, Geringheitsideen, verliert in 4 Wochen 4 Kilo. 1. 3.—10. 3. Ernährung mit Schlundsonde, in sich gekehrt, später ruhig, ohne Interessen, ißt wenig, stumpfsinnig. 10. 1. 1927 Pupillen gleichgroß, 2 mm Diameter, lichtstarr, reagieren aber auf Akkommodation. Normaler Gang, Patellarreflexe fehlen.

26. 1. 1928 Stille, in sich gekehrt, deprimiert. Periodisch Nahrungsweigerung. Bei Besuch der Frau gehemmt, stumm.

28. 3. 1928 verlegt ins Lierasyl. Weiß nicht wo er ist. Weiß Zeit: März 1928, hat aber eigene Zeitrechnung, keine Tage mehr, die Erde dreht sich nicht mehr um sich selbst, die Sonne hat ihre Wärme verloren, wir bekommen nie mehr Frühling, nur Winter und Dämmerung wegen der Verhältnisse in der städtischen Irrenanstalt. Auf der Fahrt hierher hört er Stimmen von dort „ohne Laut". Er steht unter der Einwirkung elektrischer Ströme, hat deswegen 50 kg verloren, wiegt nur noch 10 Kilo. Ist jetzt voller Strom, Strom- und Farbenschimmer sind in der Luft über dem Bett. Liegt da mit unveränderlichem Gesichtsausdruck, spricht mit leiser Stimme. 29. 3. 28: wirkt deprimiert, kommt nicht mit spontanem Gruß oder Fragen, die Stirne etwas gerunzelt, die Augenbrauen etwas in die Höhe gezogen, etwas stierender Blick, in sich selbst gekehrt. Lebhafte Schreckreaktion. Lacht, fällt zurück in seinen maskenhaften leblosen Ausdruck. Gibt heute korrekt Namen und Geburtsdatum an. (Woher kommen Sie?) „Aus meinem Bett drinnen (man ist im Untersuchungszimmer mit ihm). (Wie lange waren Sie in der städtischen Anstalt?) „Mein Gedächtnis ist nicht mehr so sehr gut, — 1925 oder 1926". (Warum kamen Sie dorthin?) „Das konnte ich nicht herausbekommen, ich war betäubt als ich dorthin kam." (Waren Sie krank?) „Nein." (Was für Kranke sind dort?) „Ich kannte die Anstalt nicht, ehe ich hinkam." (Waren Sie nervös?) „Ja, ich war so unter elektrischer Bestrahlung", — greift sich an den Kopf, auf die Augen, — „sodaß kein Gehirn mehr da ist" „ich kann das unmöglich verstehen." (Wer schickt Ihnen den elektrischen Strom?) „Ich weiß nicht, habe selbst nie eine Beschreibung davon bekommen." Wirkt schwer, träge, gehemmt. „Ich halte es nicht länger aus, hier zu sitzen", wird immer unwilliger, stumm, schüttelt den Kopf, als plage ihn die Situation. 30. 3. 28: kann auf Befragen Namen von Ärzten und Abteilungen der vorigen Anstalt sagen. Teilt wiederum auf Befragen mit, daß er dort sehr durch Elektrizität geplagt wurde. Meint, jetzt ein Singen im Ohr zu hören außer einem Ticken, daß von einer Uhr im Untersuchungszimmer stammt. In der hauptstädtischen Anstalt waren Stimmen da, „tägliches Diktat", unbekannte Stimmen. Hier bei uns hat er keine physikalische Beeinflussung gefühlt. Keinerlei Größenideen. „Einmal hat er wohl gesungen, aber das ist lange her, wohl im Januar 1926 im Krankenhaus."

Die Pupillen sind klein, reagieren nicht. Feiner Tremor in den Händen, leichtes Zucken in der Zunge und um den Mund. Rhomberg negativ.

3. 4. 1928 liegt ganz still da, ißt wenig, man kommt nicht in Kontakt mit ihm; stumm, aber beobachtet den Arzt.

12. 4. 1928 erklärt, er werde hier ungerecht behandelt, hat keinen einzigen Menschen hier als Freund. Als man ihn bittet, zu schreiben, sagt er: „Da müssen Sie mich dazu hypnotisieren“. Eigentlich sollte er schon längst aus dem Leben sein, er wird „auf eine künstliche Weise aus der Existenz manipuliert.“ „Das Ganze ist so übernatürlich, daß es nicht zusammenhängt“. Es hängt zusammen „mit elektrizitätsmäßigem Gebrauch“, alles geht im Stockwerk oberhalb vor sich. 24. 4. 1928 heute zugänglicher, wollte hinausgehen, weil ihn die Stromstärke geniert, hat kein Gehirn, ist ausgenommen, eingeschrumpft, sein ganzer Körper ist das. Seit er herkam, ist er im Gewicht eingeschrumpft und beeinflußt wird er hier auch. Wird jeden Tag kleiner. Ist verzweifelt darüber, weiß nicht wie das schließlich gehen soll. „Jedes Wort, das ich sage, wird von oben gesagt“ — zeigt an die Zimmerdecke. „Sonst könnte ich keine Stimme haben. Das ist alles künstlich.“ In der städtischen Anstalt wurde er auch vergiftet, aber hier nicht. Früh und spät wird von ihm geredet, „hörbar und lautlos“. 21. 5. 1928: wird überrascht, wie er aus dem Fenster hinaus will, mit einem Knie schon auf dem Fensterbrett. Teilweise unsauber (im Mai zweimal mit dem Stuhlgang). Liquor: Zellen 10/3, Phase I Opal., Paraffin- und Normomastixreaktionen zeigen schwache Paralysekurve. 23. 6.: liegt gern in derselben Stellung, die rechte Hand auf der linken Schulter. Gibt keine Antwort. Beim Versuch, seine Hand zu nehmen oder seinen Arm zu bewegen, kräftiger Widerstand. Äußerst widerstrebend, wenn er angekleidet werden soll. Will an keiner Arbeit teilnehmen, keine Zeitung lesen, ißt wenig. Wenn er auf ist, bleibt er sitzen, wo er hingesetzt wird, ohne irgend etwas vorzunehmen. Sein Blick scheint Verständnis zu zeigen für das, was um ihn herum geschieht. Scheint nicht mehr so sehr deprimiert. Weiterhin ab und zu unsauber, kann dann sagen, daß das „aus der Luft“ komme, oder wegen des elektrischen Stromes, den man auf ihn schickt. 3. 7. Die Pupillen sind beschattet 2 m groß, reagieren prompt auf Akkomodation, dagegen anscheinend nicht auf direktes Licht — Patient widerstrebt sehr durch Zukneifen und Verdrehen der Augen.

5. 7. Frostanfall, Temp. 40,2, die darauffolgenden Tage nicht über 37,8. 11. 7. erneuter Frostanfall, gemessen 39, 14. 7. nochmals geringe Temperaturerhöhung auf 37,7, ab 16. 7. dauernd unter 37. Am 11. 7. zweifelhafte Tertiana im Blutausstrich. Dagegen ab 9. 7. Urin blutig vermischt, Heller + +, KoH +, Guajak +, und dieser Urinbefund hält sich unter Rückgang der Diurese auf ca. 500—700 ccm bis zum 20. 7., dann allmähliche Besserung, bis am 26. 7. der Urin völlig normale Reaktionen zeigt, wobei die Diurese auf über 800 ccm ansteigt. Da man an die Möglichkeit eines Blasengumma denken konnte, wurde ab 11. 7. Jodkali gegeben, außerdem Milchdiät. 26. 7. in ganz gutem Rapport, wenn man auch die Antworten aus ihm herausziehen muß. Erklärt, die Atmosphäre im Bett sei so anstrengend, die elektrische Atmosphäre. Das ganze Haus bewegt sich von früh bis spät unter elektrischem Einfluß. Der Strom ist so stark, daß die ganze Erde fest steht und die Sonne forteskamontiert ist zu nichts. Eskamontieren wird auf Befragen mit „entfernen“ erklärt. Als man darauf hinweist, daß die Sonne ins Zimmer scheint, sagt er: „dann ist sie jedenfalls so klein, wie noch nie zuvor.“ Er

selbst ist zu nichts eingeschrumpft, hat seit Monaten keinen Pulsschlag mehr. Er stand so lange wie möglich in einer Art Zusammenhang mit einem im oberen Stockwerk, einer Art elektrischer Verbindung. Er selbst hat keine Gedanken, andre Personen sprechen durch seinen Mund. In der früheren Anstalt hatte er eine „besondere Bettstellung", lag im selben Bett zwei Jahre lang, schrumpfte darin ein, daß die Kleider um ihn herumhingen. Der Arzt muß wohl verstehen, „daß das nicht mein Zustand war." 9. 11. 28 in den letzten Wochen starke Gewichtszunahme.

Fassen wir die Krankengeschichte kurz zusammen: familiäre Belastung. Praemorbide Persönlichkeit: nihil. Lues 1910. 1925/26 Paralyse, mit ängstlicher Verstimmung, Verwirrung, Halluzinationen, Megalomanie, und namentlich anfangs schizoidem Einschlag. Frühjahr 1926 Remission nach Malariabehandlung, Schwinden der Megalomanie, korrekte Briefe. Dabei gleichzeitig immer stärkeres Hervortreten des paranoiden Zustandes mit Halluzinationen, Depression, Selbstmordversuch, Beeinträchtigungswahn, bizarren, hypochondren Ideen, mit verschrobenen Handlungen und erneutem Selbstmordversuch unter Verschlechterung des psychischen Zustandes — wird dann stumpfer, ruhiger — und ist ohne Kenntnis der Vorgeschichte bei uns wohl nur als Dementia praecox zu diaggnostizieren: eigene Zeitrechnung, Verfremdung der realen Welt, Beeinträchtigungsideen, autistisch, negativistisch, verschrobene Wortbildungen, — und einige persistierende neurologische Paralysesymptome. Der Übergang der Paralyse zur Schizophrenie ist aufs Frühjahr 1926 zu datieren, so daß die Schizophrenie jetzt schon 2½ Jahre gedauert hat. In der Übergangszeit kann man ebensogut von einer schizoiden Paralyse wie von einer paralytischen Schizophrenie reden. Möglicherweise Blasengumma Juli 1928 — falls dies zutrifft, wäre der Fall ein schöner Beleg für die Auffassung, daß die Malariabehandlung die Paralyse biologisch abändert in Richtung einer Lues.

Hier handelt es sich klinisch um eine regelrechte Schizophrenie. Vgl. *Bleuler* im Handbuch: Wo physikalischer Verfolgungswahn und Gehörshalluzinationen das Bild dauernd beherrschen, ist wohl immer auf Schizophrenie zu schließen, — und: Ein Stupor, bei dem der Kranke besonnen erscheint und die Umgebung gut beobachtet, wird wohl immer ein schizophrener sein.

Zufällig kennen wir in diesem Fall einen wichtigen aetiologischen Faktor dieser Schizophrenie, nämlich die malariabehandelte Paralyse. (Nach *Kahn* also eine „schizoide Reaktion".)

Wenn *Seelert* schreibt, daß jeder Anhaltspunkt dafür fehle, daß die pathogenetische Bedeutung der psychischen Konstitution über den Einfluß auf die Gestaltung des Symptombildes der Paralyse

hinausgehe, so sehen wir in unserem Fall im Gegenteil den hochinteressanten Vorgang, daß die endogene Konstitution zunächst freilich das Bild der Paralyse färbt durch schizoide Symptome, daß dann aber die Paralyse ihrerseits die krankhafte endogene Disposition aktiviert und das Bild der nun sich ausbildenden neuen schizophrenen Psychose färbt.

Da unser Fall als endogen belastet angesehen werden kann, unterscheidet er sich von den „echten, endogenen, idiopathischen" Schizophrenien, wie sie *Kahn*, *Bumke* u. a. als Kerngruppe eventuell bestehen lassen wollen, nur durch den klargelegten exogenen aetiologischen Faktor, der die endogene Anlage aktivierte. Meiner Meinung nach ist es ein Streit um Worte, wenn man Schizophrenien, bei denen man neben der Belastung noch einen Faktor nachweisen kann, als „Reaktion" von den „echten endogenen" Schizophrenien ablösen will, bei denen wir ganz einfach noch nicht den oder die exogenen Faktoren berücksichtigen oder kennen. Eine andere Frage ist es, ob beim Fehlen endogener Anlage organische Störungen des Gehirns „echte" Schizophrenien erzeugen können. *Bleuler* läßt diese Frage offen, er hält es für wahrscheinlich, daß es Schizophrenien ohne hereditäre Anlage gibt. — *Kraepelin* (Psychiatrie 1927 II, 1) verschließt sich durchaus nicht der Möglichkeit, daß „katatone" Fälle von Paralyse der Dementia praecox zugerechnet werden müssen, daß es sich um die Auslösung einer schon vorbereiteten schizophrenen Erkrankung durch eine äußere Schädigung handeln kann, wofür mein Fall ein schönes Beispiel zu sein scheint.

Man könnte vielleicht mit dem Einwand kommen, daß es sich hier um keine reine Paralyse gehandelt habe — in ähnlichen Fällen wollen die Autoren gerne die Paralysediagnose desavouieren, sprechen von höchst atypischen Paralysen usw., aber der springende Punkt ist ja, daß diese Hirnerkrankung luetischen Ursprungs das Gehirn so schädigt, daß das Gehirn mit einer Schizophrenie reagiert. Kann man nicht die Paralyse schlecht machen, so wird andrerseits die Schizophreniediagnose in jeder Weise bezweifelt, wobei man den Fehler macht, nicht zu berücksichtigen, daß eine Erkrankung mit ungewohnter Aetiologie ja durchaus nicht so typisch zu sein braucht, wie die Lehrbuchfälle, sondern daß man doch sehr mit abortiven und atypischen Fällen rechnen muß.

Daß gerade atypische, stationäre Paralysen und Tabespsychosen im histologischen Bilde atypische, unspezifische Veränderungen machen ähnlich denen, wie man sie auch bei Schizophrenie gefunden

hat, ist jedenfalls sehr interessant, siehe die Arbeiten von *Jakob* und *Josephy*.

Natürlich steht mein Fall nicht allein da. *M. Fischer* veröffentlichte soeben einen ganz ähnlichen Fall, den Fall 3 seiner Arbeit, eine Paralyse, die ebenfalls nach Malariabehandlung umschlägt in eine ausgesprochene Schizophrenie, anfangs mit depressiven Wahnideen.

Die Annahme, daß eine Paralyse oder cerebrale Lues eine Dementia praecox hervorrufen kann, wird ferner namentlich von französischen Autoren geteilt. 1913 demonstrierten *Capgras* und *Morel* einen solchen Fall von „Paralysie générale prolonguée ou demence précoce“, und ebenfalls in der Société clinique de Médicine mentale stellte *Abély* 1925 einen Fall vor, wo eine unzweifelhafte Paralyse genau wie in unserem Falle übergeht in eine ebenso deutliche dementia praecox; in der Diskussion wurde auf ähnliche Fälle hingewiesen, sowie namentlich auf das Existieren einer „dementia praecox syphilitique“, mit anfänglichen hirnluetischen Symptomen, wobei das Krankheitsbild später zu einer unzweifelhaften dementia praecox wird. Ein solcher Fall wird in derselben Sitzung von *Marchand* demonstriert, und in einer späteren Sitzung desselben Jahres kommen *Abély* und *Bauer* nochmals mit einer dementia paranoides nach Paralyse, und die Autoren sind sich über den causalen Zusammenhang einig. Diese Fälle waren übrigens nicht malariabehandelt.

Der Gedanke liegt natürlich nahe, daß von den vielen beschriebenen Tabes — und lues cerebri — Psychosen doch der eine oder andere Fall hierher gehört als abortive Schizophrenie, ebenso ein Teil der „schizoiden Restzustände“ nach Paralyse, — aber ich möchte betonen, daß ich vorübergehende halluzinatorische oder paranoide Zustände bei Paralyse usw. durchaus nicht etwa für derartige abortive Schizophrenien halte. Solche Zustände, die wohl nichts mit Schizophrenie zu tun haben, sind in letzter Zeit u. a. in der Dissertation von *Knopp* beschrieben worden, wobei es sehr schön zum Ausdruck kommt, daß es sich bei seinen Fällen nicht um abgelaufenen Paralysen handelte, die Patienten nahmen weiterhin paralytisch-exzessive Handlungen vor. Sein Fall 4, der schon mehrere Jahre vor Ausbruch der Paralyse Sinnestäuschungen hatte, kommt gerade deswegen hier nicht in Frage, da man nicht entscheiden kann, wieweit die Paralyse nicht auf eine sehr leichte Schizophrenie gepfropft war. — Ich erwähne ferner *O. Kerns* vier Fälle von paranoischen Symptomenkomplex bei Paralyse und *J. Gerstmann*, bei dessen Fällen man aber doch trotz seiner Behauptung „grundsätzlicher Unterschiede im psychologischen Erleben gegenüber echten Schizophrenien“ zweifeln möchte, ob nicht der eine oder andere

Fall eher zu mir gehört, ferner *P. Schröder*, dessen Fälle zum Teil sichere Schizophrenien nach Art meines Falles sein dürften. *Näckes* katatonische Paralysen bei Frauen dürften eher den Fällen zuzurechnen sein, wie sie *Knopp* beschrieb.

Einer der interessantesten Fälle, die hierher gehören, ist der von *Nissl* herausgegebene. 1903 Aufnahme in einer Privatanstalt wegen Paralyse, es entwickelt sich Halluzinose, November 1904 Aufnahme in die Heidelberger psychiatrische Klinik, Entlassungsdiagnose der Privatanstalt: Katatonie. In der Klinik bis zu seinem Tode, annähernd 2½ Jahre, das gleiche Bild: Massenhafte, mehr oder weniger sinnvolle Zusammenhänge bildende Trugwahrnehmungen der verschiedensten Sinnesgebiete. Absurde, unter sich beziehungslose Wahnkomplexe, eigenartige starre Haltungen, wunderliche Sterotypien und Manieren, sonderbare sprachliche Äußerungen. Gedächtnis, Merkfähigkeit, Rechenfähigkeit ohne gröbere Störungen. Neurologisch: Verstrichene Nasolabialfalten, lebhafte Reflexe, eigentümliche näselnde Sprachstörung. Tod im tuberkulösen Marasmus. Die Heidelberger Klinik stellte die Diagnose auf den Endzustand eines schleichenden Verblödungsprozesses aus der Gruppe der Dementia praecox. Ich glaube kaum, daß irgend ein praktischer Psychiater beim Lesen der von *Nissl* ausführlich wiedergegebenen Krankengeschichte irgend einen Zweifel an dieser Diagnose haben wird, namentlich, wenn er zunächst die Krankengeschichte der Heidelberger Klinik liest. Daß *Bleuler* die Erkrankung nicht als „spezifisch schizophren" ansah — er hatte die Krankengeschichte zugeschickt bekommen — ändert daran nicht, zur Gruppe der Dementia praecox *Kraepelins* gehört die Erkrankung. Höchst interessanter Weise fand sich nun bei der Sektion auch hier nach Ausbreitung und histologischen Details atypische paralytische Rindenerkrankung, es finden sich bezirks- und schichtweise verteilte Degenerationen u. a. m.

Ich meine, daß solcher Fall geradezu herausfordert zu dem Gedanken, daß der paralytische Prozeß in seinem atypischen Verlauf die nicht entzündlichen degenerativen Veränderungen an den Stellen gemacht haben kann, die man auch bei der „echten" Dementia praecox als pathologisch-anatomisches Substrat der Erkrankung voraussetzen muß und findet. Dann ist es aber eine „echte" Dementia praecox mit klar festgestellter exogener Ursache.

Geht man mit *Aschaffenburg*, der die Dementia praecox mit der Paralyse, der arteriosklerotischen Demenz usw. in eine Gruppe als organische Psychosen stellt, oder sogar mit *Bumke*, der sie womöglich als exogene Reaktionsform im Sinne *Bonhoeffers* ansehen

möchte, dann wird mein Fall ja nur eine Bestätigung dieser Auffassung. Da der endogene Faktor dann sehr an Bedeutung verliert, ergibt sich die Möglichkeit, daß eben auch die Toxine und Stoffwechsel- bzw. Zirkulationsstörungen im Gefolge einer Paralyse oder Hirnlues einmal die Gebiete schädigen, in denen pathologisch-anatomisch die Dementia praecox lokalisiert werden muß. Die Forderung, daß zum Begriff einer Krankheitseinheit neben einsartigem klinischen Bilde und pathologisch anatomischem Befund auch einsartige Aetiologie gehöre, darf nicht überspannt werden. Ich erinnere an *Wernicke*s Wort: „Man kann immer nur die Vorliebe einer bestimmten Aetiologie für eine bestimmte Krankheitsform anerkennen.“ Dieselben pathologisch anatomischen Veränderungen — die die eigentliche, wesentliche Ursache des klinisch typisch dazugehörigen Bildes sind — können doch wohl von verschiedenen Noxen hervorgerufen werden.

In diesem Zusammenhang sei an die Arbeit von *Jakob* zur Klinik und pathologischen Histologie der Tabespsychosen erinnert, in der er bei diesen Psychosen diffuse leichtere, unspezifische Parenchymstörungen der Rinde feststellt, ähnlich wie bei anderen Erkrankungen vornehmlich toxischer Natur. Gerade jene Formen von Tabespsychosen die mit charakterologischen Wesensveränderungen, mit krisenartigen delirösen Zuständen, mit paranoiden Wahnbildungen und Halluzinationen einhergehen, scheinen zu dieser Gruppe zu gehören. Also auch hier Parenchymstörungen der Rinde, die uns das Verständnis des Zusammenhangs derartiger psychischer Störungen mit dem Gebiete der Dementia praecox erleichtern. Sehr schön ist auch der Fall 1 von *Jakob* (1920), der nach anfänglicher Paralyse ein stationäres Zustandsbild von 12jähriger Dauer zeigte, mit Gehörstäuschungen, paranoiden Wahnideen und seltenen epileptoiden Anfällen, negativ werdenden Liquorreaktionen, wobei das Hirnpunktat das Bild der stationären Paralyse zeigte, der dann 20 Jahre nach der Anstaltsaufnahme in plötzlichem schweren Wiederausbruch der Paralyse starb mit ganz anderem, paralytischem histologischen Befund. Die histologische Untersuchung stationärer Paralysen zeigt, daß der krankhafte Prozeß in einzelnen, z. T. größeren Rindengebieten so gut wie abgeschlossen ist, mit Defekt- und Narbenbildungen, und mit stellenweiser langsamer Weiterbildung. Es ist durchaus denkbar, daß das Übergreifen derartiger atypischer Prozesse degenerativer Art auf das Schizophrenie-Rindengebiet eben eine Schizophrenie als Komplikation der Paralyse verursacht.

Ehe ich weitergehe, möchte ich noch einige Fälle aus der Literatur anführen, bei denen ich glaube, daß sie ebenso aufzufassen sind wie

meine. Da ist z. B. *T. Schmidt-Kraepelins* Fall 6, von dem sie sagt, daß er jetzt so kataton sei, daß sie die ursprüngliche Diagnose der Paralyse anzweifelt. Also warum? Von meinem Standpunkt aus gesehen, könnte der Fall doch wie mein Fall zu deuten sein. Hierher gehört ferner *E. Schroeder*, der sich übrigens *Ursteins* Anschauung anschließt, daß ein von Haus aus minderwertiges Gehirn auf ein beliebiges Toxin mit bedrohlichen Symptomen reagiere. *Ilbergs* schöner Fall kann zwangslos in unserem Sinne gedeutet werden. Wie *Gerstmann* hat sich auch *Wildermuth* daraufhin festgelegt, nur „unechte" schizophrene Zustandsbilder zu sehen, ich möchte doch aber jedenfalls bei seinem Fall 7 versucht sein, ihn in meinem Sinne zu deuten. Beachtet werden muß dabei immer, daß ein Urteil stets schwer ist, wenn man einen Fall nicht persönlich gesehen hat.

Oder meint man, daß alle Schizophrenien, bei denen — neben endogener Anlage — auch exogene aetiologische Faktoren nachgewiesen werden können, dadurch „unecht" werden? Mir persönlich scheint es fruchtbarer, sich bei den verschiedenen schizophrenieartigen Erkrankungen darauf einzustellen, sie als leichtere und schwerere Reaktionen desselben Organs auf verschiedene Schädigungen, prinzipiell aber biologisch für dieselbe Erkrankung anzusehen. Eine praktische Folge ist dann neben einer eventuellen aetiologischen Gruppierung der schizophrenen Erkrankungen namentlich eine bedeutend aktivere Therapie, als wir es gewohnt sind.

Daß bei vielen Schizophrenien eine ererbte endogene Schwäche besteht, ist wohl klar, aber wieviel pathologische Gene zusammenkommen müssen, damit eine „echte, endogene" Schizophrenie, möglicherweise ohne jede äußere Ursache, entsteht, ist doch völlig ungeklärt. Eine gewisse verminderte Widerstandsfähigkeit gegen gewisse Noxen, ja gegen Schwankungen der innersekretorischen Funktionen, mag sicher eine Rolle spielen. Es liegt dann aber dem nichts im Wege, daß dieselben topistischen Systeme hauptsächlich exogen so geschädigt werden, daß es zur selben parenchymatösen Degeneration kommt, deren klinischer Ausdruck die Schizophrenie ist. Wir werden bei weniger ausgesprochener endogener Schwäche eben eine gewisse größere Masse exogener Schädigungen verlangen. Wo soll man da die Grenze ziehen zwischen der endogenen Schizophrenie — welches Minimum endogener Anlage wird gefordert? — und der exogenen „Reaktion" die sich im klinischen und histologischen Bilde in nichts von der endogenen Psychose unterscheidet? Eine leichte Tuberkulose endogengesunder Lungen ist doch auch keine „tuberkuloide Reaktion" (siehe *Bumkes* Artikel).

Das Zusammenspiel endogener und exogener Faktoren kommt jedenfalls in meinem Fall schön zum Vorschein.

Natürlich muß man annehmen, daß nicht nur eine zunächst deutliche Paralyse eine Schizophrenie aktivieren kann, sondern die toxische Wirkung einer beginnenden Paralyse, die klinisch überhaupt noch nicht in Erscheinung getreten ist, muß schon in einzelnen Fällen eine Schizophrenie hervorrufen können — es kommt ja im Zusammenspiel eventueller endogener und sicherer exogener Faktoren eine Fülle von Kombinationen in Betracht. Solche Fälle sind öfters beschrieben worden, Fälle, die lange Zeit als echte Schizophrenien erschienen, bis entweder, meist kurz vor dem Tode, deutliche paralytische Symptome, Megalomanie, Euphorie, neurologische Symptome, die Diagnose umgestalteten, — oder anscheinend echte Schizophrenien, bei denen überhaupt erst die Sektion zur Diagnose „Paralyse" Anlaß gab. Für mich besteht kein Zweifel, daß diese Zustände eben Schizophrenien sind, deren exogener Faktor leider übersehen wurde, so daß der exogene Faktor schließlich letal wurde und zugleich spezifisch paralytische Symptome machte, und man zum Schluß eventuell wirklich von einer Schizophrenie plus Paralyse sprechen muß. Hierher gehören, um nur einige anzuführen, wohl Fälle, wie sie *Näcke* veröffentlichte, der auf Grund eines solchen Falles eine neue Form der Paralyse, die „ausgesprochen katatonische" aufstellte. Selbstverständlich sind derartige, deutlich ausgesprochene Fälle selten, einmal, weil der exogene Faktor — die Paralyse — ihrer Natur nach der Schizophrenie nicht viel Zeit und Platz läßt, und andrerseits, weil wir, jedenfalls heute, der endogenen Anlage zur Schizophrenie gerne eine gewisse Bedeutung zukommen lassen wollen, — bei den Paralytikern ist aber eine stärkere endogene Schizophrenieanlage jedenfalls ebenso selten wie in der allgemeinen Bevölkerung. Schizophrenie auf Grund von Paralyse muß also selten sein. Namentlich *H. Krisch*s Oberleutnant Te. (1926) dürfte unbedingt hierher gehören. Hierher gehört auch *Wernicke*s Fall, den er 2 Jahre lang als chronische Halluzinose vorstellte, bis die Paralyse zum Vorschein kam. Ich möchte hier mit *Wernicke* nicht etwa irren, sondern gerade Recht haben mit beiden Diagnosen. Es war eine „chronische Halluzinose", bei der die sie verursachende Paralyse zunächst keine Erscheinungen gab.

In einer späteren Arbeit über katatone Zustände bei progressiver Paralyse geht *Schröder*, dessen Arbeit über Remissionen oben schon erwähnt wurde, weiter auf diese Probleme ein. Seine Fälle sind in diesem Zusammenhang wirklich höchst interessant und ich finde sie am verständlichsten, wenn ich sie zum Teil wenigstens genau so auf-

fasse, wie meinen Fall 1, daß nämlich der paralytische Prozeß im Gehirn aus irgend einem Grunde gewisse pathologische Veränderungen an den Stellen geschaffen hat, an denen auch die Schädigungen bei der Dementia praecox angreifen. Die biologische Reaktion dieser topistischen Systeme auf verschiedenartige Schädigungen ist dann die Schizophrenie.

Auch der Fall 5 von *O. Fischer* ist geeignet, einen zum Nachdenken zu bringen: Beginn mit Schwindelanfällen, ein Jahr später mit 2 Monaten Abstand zwei epileptische Anfälle, daran anschließend eine reine kataton-negativistische Dementia praecox mit Mutazismus, Sprachverwirrtheit, Sterotypien, bei Fehlen jeglicher somatischer Zeichen, nach 3 Monaten erneute Anfälle und exitus nach wenigen Tagen. Makro- und mikroskopisch Paralysebefund. Selbstverständlich hat man das Recht, von atypischer Paralyse zu sprechen, denn sie hat zunächst Rindengebiete ergriffen, die ihrer Biologie nach nicht anders konnten als mit einer Schizophrenie zu reagieren, gerade darum war es aber zugleich auch eine echte Schizophrenie.

Wenn die chronische Gehirnentzündung der Paralyse als unspezifische toxische Noxe in manchen — konstitutionell praedisponierten — Gehirnen eine Schizophrenie hervorrufen kann, dann müssen wir dasselbe auch von ähnlichen anderen Noxen verlangen. In der Tat kann die Encephalitis lethargica nicht nur die bekannten Charakterstörungen namentlich bei Jugendlichen verursachen, sondern sie ruft ebenfalls echte Schizophrenie hervor. Ich stütze mich da auf die Veröffentlichung von *H. Bürger* und *W. Mayer-Groß* aus Wilmanns Klinik in Heidelberg, die 3 schizophrene chronische Psychosen bei Spätencephalitikern bringen, wobei nach ihnen die Ausbreitung des Krankheitsvorganges auf neue Hirnteile zu einer schizophrenen Psychose führt. Einen weiteren Fall bringt *Trunk*, der mir durchaus hierher zu gehören scheint, obwohl *Trunk* selbst vorsichtig genug ist, nicht den Schluß wagen zu wollen, daß der Patient eine idiotypisch bedingte Veranlagung zur schizophrenen Erkrankung gehabt habe, die durch die Encephalitis mobilisiert worden wäre. *Rosenthal* erklärte eine differentialdiagnostische Unterscheidung zwischen Schizophrenie und postenzephalitischer Katalepsie in manchen Fällen für unmöglich. Es sei auch darauf hingewiesen, daß *Felix Stern* es für möglich hält, daß schizophrenieartige Zustände im Gefolge einer Encephalitis epidemica begründet sind in Besonderheiten des anatomischen Krankheitsprozesses, insbesondere einer stärkeren Ausbreitung auf die Rinde, was auch in einem Falle von *Scholz* nachgewiesen

wurde. Auch bei dieser Frage können wir also von der Histopathologie eine Stützung unserer Vermutungen erhoffen. Die bisherigen Funde – siehe auch *Jakob*s Monographie — widersprechen jedenfalls nicht der Annahme, daß der encephalitische Prozeß in atypischer Weise übergegriffen haben kann auf neue Teile der Rinde, deren spezifische Erkrankungsform die Schizophrenie wäre. Es sei übrigens an die vorsichtigen Ausführungen von *Joh. Lange* erinnert, der zwar vorläufig keinen Grund sieht, Wesensgleichheit schizoider Symptome bei Encephalitis mit Schizophrenie anzunehmen, die Möglichkeit jedoch auch nicht direkt bestreitet.

Von der multiplen Sklerose, die ja wie die Paralyse, eine chronische Spirochaetose sein dürfte, sollte man dasselbe verlangen dürfen, wie von der Paralyse und der Enzephalitis. Aus der Literatur sind mir zur Zeit keine Fälle bekannt, aber es sei kurz erwähnt, daß wir einen Patienten in der Anstalt haben, bei dem die Differentialdiagnose zwischen Schizophrenie und multipler Sklerose jahrelang geschwankt hat und noch immer nicht ganz geklärt ist — meiner Meinung nach handelt es sich bei dem Mann um eine symptomarme Sklerose, die einen deutlich schizophrenen Schub verursacht hat, der unter ziemlicher Verblödung abgelaufen zu sein scheint (Nr. 1035).

Wir gehen weiter: Kann die Schizophrenie in einzelnen Fällen durch chronische Infektion unspezifischer Art bedingt sein, dann stehen wir theoretisch auf demselben Boden, wie der Amerikaner *Henry A. Cotton*, der die Focalinfektion für eine wesentliche Ursache von Geisteskrankheiten hält und seine therapeutische Aktivität damit begründet.

Cotton ist in Norwegen namentlich durch die Artikel und Referate von *Arnesen* und *Gjessing* bekannt geworden und ich hörte seinen Vortrag in dem psychiatrischen Verein zu Oslo 5. 8. 1927. Als primäre Infektionsfoci bezeichnet *Cotton* Zähne, Tonsillen, den weiteren Intestinaltractus und den Genitourinartractus. Diese Focalinfektionen seien eine wichtige Ursache der funktionellen Psychosen, die wenigstens ca. 50% der Aufnahmen in den staatlichen Anstalten umfassen, wovon wieder wenigstens die Hälfte auf die Dementia praecox fällt. Von den 37,352 Fällen der New Yorker Staatsanstalten im Juni 1918 waren 59% Dementia praecox. Von den Erstaufnahmen waren 28% Dementia praecox. Die Spontanheilungen in der funktionellen Gruppe sind nach Einführung der „Detoxikation“ — der radikalen Beseitigung der Infektionsfoci, die auch vor Resektionen des Dickdarms zeitweise nicht zurückschreckte — von 37% auf 77% gestiegen. Nebenbei bemerkt, wird als Behandlung der Darminfektion neben Spülungen

besonders die autogene Vaccine empfohlen. Wichtig ist, daß die Wiederaufnahmen nach 1918 — dem Zeitpunkt der Einführung der Detoxication — nicht zahlreicher geworden sind als der vorherige Durchschnitt aus 10 Jahren. Daß diese Therapie logisch zu energischer Mentalhygiene führt, die ja ihren Ursprung auch in Amerika hat, liegt auf der Hand — es ergeben sich ja ganz neue Möglichkeiten der Prophylaxe. 1922 berichtete *Cotton* über die ersten 4 Jahre seiner Therapie: 80% Heilung gegen 37% des 10-Jahres-Durchschnittes vorher, 1400 Fälle erfolgreich behandelt. Er fordert, daß jede Aufnahme gründlich medizinisch-diagnostisch durchgearbeitet wird und alle Infektionsfoci entfernt werden. Autogene Vaccine und Antistreptokokken — sowie Anti-bac. Coli-Serum sind wirksame Mittel. In seinem Buch „The defective Delinquent and Insane" gibt *Cotton* eine zahlreiche Kasuistik, die denn doch nachdenklich machen muß.

Wenn auch viel gegen *Cotton* gesagt worden ist — ich stoße mich nicht so sehr an seiner Statistik, meine aber, daß seine Behandlung zunächst einmal eine ganz großzügige Milieu- und Beschäftigungstherapie ist, — wir sehen ja von Lichtbädern und von der Arbeitstherapie bei den sogenannten „hoffnungslosen" Dementia-praecox-Patienten die überraschendsten Resultate — so ist seine Therapie sicher nicht schlechter theoretisch unterbaut, wie vieles andere therapeutische Handeln. Und seine Theorie steht durchaus im Einklang mit den Gedanken, die oben ausgeführt worden sind. Seine Theorie fordert zu energischem aktiven therapeutischen Handeln bei der Dementia praecox auf, und kein Versuch, diese Krankheit zu beeinflussen, darf voreingenommen abgewiesen werden. Ich darf vielleicht zum Schluß bemerken — ein Gedanke, den ich soweit mir die Cotton-Diskussion bekannt ist, noch nicht an anderer Stelle gefunden habe — daß die „Methode Cotton" eigentlich sehr alt ist, denn sie besteht im Prinzip darin, durch Eingriff an erkrankten Organen außerhalb des Gehirns den psychischen Zustand zu ändern: das ist ein Verfahren, das unsere Kinderärzte ausgezeichnet beherrschen: das Entfernen der Wucherungen im Nasen-Rachenraum verändert ja bekanntlich das psychische Bild eines schwerfälligen, trägen, stumpfsinnigen, zurückbleibenden Kindes oft ganz auffallend. Diese Wirkung wird wohl von den wenigsten rein physikalisch — Behinderung der Nasenatmung — erklärt, wogegen einige an innersekretorischen Vorgänge in diesen Drüsen denken. Daß auch eine chronische Infektion dieser Wucherungen im Sinne *Cottons* vorliegen kann, ist ja leicht denkbar. Hier ist noch ein interessantes Arbeitsfeld auch theoretischer Art.

Mir scheint, man wird sich daran gewöhnen müssen, auch bei den „echten“ endogenen Schizophrenien den exogenen Faktoren eine weit größere Rolle zuzugestehen. Dies wird aber praktisch von größter Bedeutung, da dadurch die Therapie selbstverständlich viel aktiver wird — siehe u. a. *Cotton*, *Reiter*, *Meininger von Lerchenthal.*

Die Aussonderung bestimmter Gruppen innerhalb des Gebietes der Schizophrenie kann man vielleicht, soweit sie überhaupt möglich ist, von der Histopathologie, vielleicht von der Erforschung der exogenen Faktoren erwarten. Wahrscheinlicher ist, daß wir die verschiedenen Variationen des klinischen Bildes und Verlaufes doch als leichteste (Reaktionen auf vorübergehende Reizung verschiedener Art) bis schwerste (Verblödungsformen, deutliche anatomische Befunde) Bilder derselben Krankheit ansehen müssen, analog etwa dem Krankheitsbegriff der Appendizitis, der von der leichtesten Reizung bis zur schwersten Gangrän eine lange Reihe von Krankheitsbildern verschiedener Aetiologie, mannigfacher klinischer Symptome und pathologisch anatomischer Befunde umfaßt, die doch alle im wesentlichen nur quantitativ verschiedene biologische Reaktionen desselben Organs auf verschiedene Noxen sind.

Wichtiger als theoretische Erwägungen sind vorläufig Beobachtungen, und ich möchte noch kurz zwei weitere malariabehandelte Paralytiker vorstellen:

Fall 2. Peder T. Tv. Nr. 832 geb. 1866, Landwirt, Lehrer an einer landwirtschaftlichen Schule, verheiratet, 1912 Reichstagsabgeordneter.

Familiäre Belastung nicht bekannt. Stets munter, umgänglich, geschickter Landwirt, strebsam. Übliche Schulbildung, landwirtschaftliche Schule, dann Lehrer an einer solchen, später selbständiger Landwirt, kaufte 1915 einen größeren Hof, den er mit gutem Gewinn wieder verkaufte, begann in der Spekulationszeit während und nach dem Kriege zu spekulieren, verlor alles 1922. In guter Gesellschaft gern etwas getrunken. 1923 ernste Nieren- und Blasenentzündung, später teilweise incontinentia. 2 gesunde Söhne, ein Kind an Gelenkrheumatismus gestorben.

Etwas untersetzt gebaut, rundliches Gesicht mit frischer Farbe.

Anfang 1927 wurde er schlaflos, etwas nervös, seit Mitte März verwirrt, vergeßlich, z. T. rastlos, hyperaktiv, sehr geschäftig, wollte kaufen, verkaufen, Geld verdienen. Einige Geschäfte ohne größere Verluste getätigt. Munter, gesprächig, aber reizbar, vereinzelt grob. Betet viel, hat von Gott Kraft bekommen.

Psychiatrische Klinik 3. 5. 1927. Teilt sich zum Teil willig und verständig mit, meist aber verwirrt, oft stark desorientiert und ohne Verständnis der Situation, recht vergeßlich für neuere Zeit. Gehobene Stimmung, überlegen, etwas streitsüchtig, reizbar, dann wieder plötzlich tief gerührt, weinend oder wieder böse, z. T. gewalttätig. Kann stundenlang zu Bett liegen und lange Monologe halten, z. T. gereimt und mit geschraub-

tem Vortragsstil, erzählt da meistens, was die Ärzte und Schwestern tun. Größenideen ohne System, kann alle Sprachen, hat große Geschäfte vor, ist nicht krank, aber seine Frau ist verwirrt und liegt hier im Krankenhaus. Zeitweise ganz inkohärent und verwirrt, kriecht umher, ist Katholik, befleckt, kann dann unsauber und widerstrebend sein. Dysartrie, erhöhte tiefe Reflexe, Gang etwas steif und unelastisch. Anisokorie, rechte Pupille lichtstarr, linke reagiert träge. Liquor: Paralysebefund. Malaria und Tryparsamid nebst Wismol.

28. 6. 1927 verlegt in unsere Anstalt. Rastlos, faßt an alle Türen. Zunächst unwillig, fragt, was er hier soll. Gefragt nach seinem Alter sagt er, etwa 60 Jahre, das kann sich der Arzt selber ausrechnen. Bemerkt falsch vorgelesenes Geburtsjahr, sagt aber nicht die richtige Zahl. Gibt zu, nierenkrank gewesen zu sein, weiß nicht, wann es war, gibt zu, daß sein Gedächtnis zuweilen schlecht ist. Fragt, was diese Komödie bedeuten soll. War in der Klinik krank im Kopf, jetzt ist er gesund. Wurde nicht ordentlich dort behandelt, viele Einspritzungen. Entschuldigt seine etwas undeutliche Sprache mit dem Fehlen der Zähne. Etwas schwerhörig. Kann keine fremden Sprachen. Mißvergnügt, abweisend, sobald man auf seine Person und seine Krankheit zu sprechen kommt. Sonst ganz scherzhaft gestimmt. Keine Größenideen. Kann mit scharf gedachten Bemerkungen kommen. Erkennt einen anderen Patienten aus der Klinik wieder, erinnert nicht den Namen. Verweigert Pupillenuntersuchung. 1. 7. heute sehr redselig, springend, unzusammenhängend, nimmt ungeniert sein Gebiß aus dem Mund. Spricht von „Radio", spricht bald zu dem einen, bald zu dem anderen. Aufgeregt, befiehlt, daß der Arzt hinausgeführt werden soll. Versucht dem Assistenten das Schreibheft zu entreißen. Spricht z. T. in Reimen, stets das Thema wechselnd. Plötzliche impulsive Attacken auf die Umgebung, krakelerisch. Lädt plötzlich ein zu einem großen Festessen mit Champagner. Nach einer Weile geordneter. 2. 7. 1927 böse, angreifend. 8. 7. Unter Sulfonalwirkung ruhiger, will hinaus. 11. 7. schrie und schimpfte heut nacht. 14. 7. rechte Pupille kleiner als linke, beide lichtstarr, Patellarreflexe schwach. 4. 8. sehr rastlos, will auf und hinaus, muß zum Begräbnis, seine Frau ist tot. Bittet die Schwester für einen Kranz zu sorgen, falls er selbst nicht reisen könne. 7. 8. böse, unruhig. 15. 8. heut nacht nicht geschlafen, hört oft Stimmen, die ihn rufen. 20. 8. versucht die Nachtwache zu schlagen. 18. 9. 1927 Besuch von seinem Sohn. Höchst erstaunt darüber, da er durch Radio gehört hätte, daß seine Frau und Sohn gestorben sind. 3. 10. 1927 hört im Radio, daß sein Sohn gestorben ist. 16. 11. Sehr stark halluziniert. Hört im Radio — nebenbei bemerkt stets ohne daß etwa auf der Abteilung der Lautsprecher in Gebrauch ist — er erklärt nur seine „Stimmen" als „Radio" — daß seine Frau im Parterre ist, will hinunter und nachsehen. Etwas mit Fädenzupfen beschäftigt. 16. 1. Den ganzen Tag über „Radio"-Stimmen. 4. 2. 1928 Fortgesetzt halluziniert, erklärt, nichts arbeiten zu wollen, ist abweisend und schwierig, kann tun und lassen was er will, da er Patient sei. 17. 2. Heute sehr schlafsüchtig, erklärt selbst, einen Anfall ohne Schmerzen gehabt zu haben, war rot im Gesicht und hatte Zuckungen um den Mund und in beiden Armen. Meinte nach dem Anfall, alle seien verändert, konnte niemand wiedererkennen. 20. 2. 1928 Klagt, mißhandelt zu werden. Hat bis jetzt 4,5 kg zugenommen. Hört viel Radiostimmen. 25. 4. Fordert den Arzt

auf, in seinen zahnlosen Mund zu sehen, auch sein Zahnfleisch sei weg, man habe ihn mißhandelt. 4. 5. Fortgesetzt Radio. Erklärt, eine Kumpanei von Direktor und Pflegern wolle ihm schaden. Das geht schon seit dem 29. 4. 1927 so. Abweisend und schimpfend. 11. 5. 1928 Erklärt im Mund schon mißhandelt worden zu sein, ehe er hierher kam. Jetzt müssen nur die Folgen davon entfernt werden. Hier mißhandelt man ihn im Kopf, durch Druck, Medizin, Gift. Erkennt einen Herrn wieder, mit dem er 1912 im Reichstag zusammen war. 28. 7. 1928 Völlig unverändert. 9. 9. Seit der Aufnahme gleichmäßig insgesamt 15 Kilo zugenommen. 18. 10. Verstopft die Klosette und Waschgelegenheiten, weil da das Radio heraufkommt.

18. 12. 1928 erklärt heute, er werde damit geplagt, daß ein 5 cm breiter „Radie" ihm durchs Hinterteil hinein in den Kopf hinaufgeführt werde, dies sei der sogenannte Königs- oder Norwegen-Radie. Er habe dabei solche Schmerzen, daß er an allen Gliedern zittere.

Zusammengefaßt haben wir hier zunächst bei einem älteren Pykniker eine schöne Paralyse mit deutlichem manischen Einschlag. Weder die praepsychotische Persönlichkeit, noch eine familiäre Belastung kann hier irgend wie auf eine endogene Anlage zur Schizophrenie hindeuten. Und doch entwickelt sich nach der Malariabehandlung ein chronischer, unveränderter paranoid-halluzinatorischer Zustand, wie wir ihn bei so vielen unserer offiziellen Dementia-praecox-Patienten sehen, seit August 1927 haben wir diesen Zustand. Die Größenideen scheinen ganz geschwunden, ebenso das manische Gepräge der Paralyse.

Hat nun die Paralyse hier gerade soweit und so lokalisiert gewirkt daß im Gehirn dieselben Schädigungen entstanden sind, wie sie auch der senile oder arteriosklerotische Prozeß machen können, und wie sie dem klinischen Bilde nach auch zur Schizophrenie gehören? Umschriebene Atrophien (*E. Altmann*) kommen ja bei den verschiedensten Prozessen vor. Die Erforschung solcher Fälle ist eine der interessantesten Aufgaben unserer Histopathologen. Wie sollen wir aber jetzt den Zustand bei dem 62jährigen Mann bezeichnen? Mit Paralyse hat er doch wohl nichts mehr zu tun. „Paranoide Demenz?" Praesenile oder schizophrene Psychose? Undenkbar ist es nicht, daß wir auch histologisch diesen Fall nicht klar von einwandfreien Schizophrenien scheiden können.

Nebenbei bemerkt ist dieser Fall noch interessant dadurch, daß bei einem Pykniker, dessen „manisches Radikal" das Bild der Paralyse prägte, später ein „paranoides Radikal" aktiviert wird, während die manische Komponente aus dem Krankheitsbild schwindet. Die Anlage zur paranoiden Reaktion scheint ja überhaupt sehr verbreitet und unabhängig von anderen Anlagen auf die verschiedensten Arten aktiviert werden zu können.

Fall 3. Reinhard R., geb. 1889, Nr. 685, Schiffsmaschinist, verheiratet. Somatisch typisch asthenisch mit Profilwinkel. Ein Bruder des Vaters geisteskrank, eine Schwester nervös. Bei seinem Vorleben nichts Besonderes. 2 Kinder. Lues angeblich 1913.

1924 aus Mexiko zurück, nervös, vergeßlich, hitzig, ab Sommer 1925 großartig, unnötige Einkäufe, nicht mehr gearbeitet. 18. 8. 1925 Krankenhausaufnahme, serologisch ausgesprochener paralytischer Befund, Pupillen reagieren, Malaria. Mußte isoliert werden wegen starker Unruhe, später ruhiger, kritiklos, nach Hause entlassen, wo er kleinere Arbeiten verrichten konnte. 7. 1. 1926 Besserung des serologischen Befundes. Lebhaft, mitteilsam. Am 6. 10. 1926 Aufnahme in der psychiatrischen Klinik, psychisch ziemlich reduziert, keine Größenideen, Wahnvorstellungen oder Halluzinationen, meinte seinerzeit im Krankenhaus in den Hals gestochen worden zu sein, es wurde mit einer Pumpe hohes Fieber in ihn hineingepreßt. Meint sich eben so gesund wie früher, redselig, vergnügt, etwas literale Ataxie. Behauptet im letzten Jahr mit Nutzen sich fortgebildet zu haben. Serologischer Befund wie das erste Mal, also verschlechtert. Erneut Malaria 21. 10. 1926, spontanes Aufhören des Fiebers 22. 11. Am 29. 11. sehr ungeduldig, verlangt drohend seine Entlassung. 6. 12. leichte Besserung des serologischen Befundes. Reizbar, aufgebracht über Kleinigkeiten, lärmt, schimpft, meist aber ruhig und willig. Keine Halluzinationen, kein Passivitätsgefühl. Kritiklos und unvernünftig.

Aufnahme im Lierasyl 11. 12. 1926. Wird leicht ungeduldig und hitzig, will nach Hause, hält sich für ganz gesund und arbeitstüchtig. 19. 1. 1927: Oft böse, will nicht arbeiten. Gibt zu, in der Klinik krank und nach der Malariakur unruhig gewesen zu sein. 14. 4. 1927 Stets schwierig, mißvergnügt, streitsüchtig. 4. 8. Bessere Stimmung, arbeitet etwas, belästigt die Visite nicht mehr so sehr. Hatte erst abgenommen, nimmt jetzt wieder zu. 23. 8. 1927 beim Besuch seiner Frau drohend, böse, schlechter Stimmung. 12. 9. 1927 räuspert sich viel, spuckt viel, und zwar, wenn er sich unbeobachtet glaubt, ins Eßgeschirr der anderen Patienten. 20. 9. Sehr unangenehmer Stimmung. 23. 9. Spuckt den anderen Patienten in die Trinkgefäße. 28. 10. Tritt nach der Schwester, die ihm gestern eine Injektion gab. 29. 3. 1928 hat Exzem an beiden Unterarmen, reizt es ständig trotz Belehrung, indem er Inhalt von Eiterpusteln hineinschmiert und trotz Verbot sich dauernd intensiv wäscht, „weil da etwas heraus müsse". Leugnet dies dem Arzt gegenüber in z. T. aufgebrachtem Ton. 30. 6. 1928 Liquor: Paraffin und Mastix schwache Paralysekurven, Zellen 49/3, Phase I und Weichbrot negativ. 28. 8. zur Zeit erträglicher. 23. 9. 28 Schreibt folgenden Brief, den ich mit seiner Interpunktion und seinen bizarren Unterbrechungen und Gedankenstrichen genau wiedergebe:

Lier Asyl C 23 — 9 — 28

— — — — — — — — — — — — — — — —

Meine liebe Anna ! ! !
Will dir einige wenige
Worte senden. Und danken
für das was ich gestern von
dir bekam. Du fragst
ob ich auf bin am — — Tage

— — — — — — — — — — — — — — —

Und ich bin unten in der
— — — — Arbeitsstube,
Und webe Scheuerlappen
tagsüber jeden Tag.
Sehe das — — — Elna Keuch— — —
husten hat. Und es ist — — gut,
daß es ihr besser geht.
Einen lieben Gruß. Dein
Reinhard Grüße Vater und Mutter
und die Kinder von Pappa.

Der Brief ist sauber, regelmäßig, mit einer Schulkinderschrift geschrieben. 8. 10. 1928 am Webstuhl beschäftigt. Zum Teil mißvergnügt, streitsüchtig. Heute sehr aufgebracht und drohend. Hört Stimmen, die sagen, daß er zu einem bestimmten Zeitpunkt abreisen soll, und daß das Pflegepersonal ihm die Wertsachen wegnehmen will, die er bei sich trägt. Behauptet, seine Frau sei hier, um ihn zu holen, werde aber nicht hereingelassen. 11. 10. Böse, unangenehm, stopft Wäsche in das Klosett, zerpflückt die Blumen. 12. 10. Schimpft, spuckt und hustet, will keine Salbe aufs Ekzem haben. Ärgert die anderen. 18. 12. 1928 teilt heute auf Befragen Näheres über die Stimmen mit, die er vor einiger Zeit in der anderen Abteilung gehört hatte: die Stimmen stammen vom Personal, das er sich in der oberen Etage über ihn unterhalten hörte. Sie sagten, er habe zwei mal in der schwedischen Lotterie gewonnen, Staatsobligationen, zweimal 400 000 Kronen. Die Tochter des Nachbarn, Margarete L. war so unverschämt, hierher zu telephonieren und zu sagen, daß er 1200 Tausend Kronen besäße. Auch seine Frau heiße Margarete, und diese Nachbarsfrau hatte gedacht, wenn des Patienten Frau gestorben sei, dann könne sie sich mit dem Patienten verheiraten, und das Haus wiederbekommen, das Patient hat und von ihrem Großvater gekauft hatte. Dann sollte Patient sterben, und die Nachbars-Margarete könnte wieder ihren jetzigen Mann heiraten und so hätten sie das Haus. Patient behauptet jetzt auch, daß seine Frau tot sei, und sagte dies neulich zu einer Krankenschwester, indem er zugleich eine andere Frau nannte, mit der er sich jetzt verheiraten wollte. Er hatte auch gehört, daß seine Frau ein ausschweifendes Leben geführt habe und demnächst begraben werden solle.

War beim zweiten Fall eine endogene Anlage zur Schizophrenie nicht nachzuweisen, so haben wir hier, ähnlich wie beim ersten Fall, familiäre Belastung, und außerdem auch somatisch den richtigen Typus. Ein schöner Fall: die Paralyse wird durch die erste Malariakur serologisch und klinisch gebessert, die zweite Malariakur vermag wiederum serologisch zu bessern, aber klinisch schlägt nun das Bild um in eine Schizophrenie, die zwar etwas symptomarm, aber doch wohl deutlich genug ist. Ohne Kenntnis der Anamnese würde an der Diagnose überhaupt kaum zu zweifeln sein.

Der Fall zeigt gut, wie unangenehm und sozial schädlich die Aufhaltung des paralytischen Prozessen sich bei diesem Patienten auswirkt.

Von den 16 Paralytikern, die wir seit Eröffnung der Anstalt 1926

aufgenommen haben — die Paralyse ist in Norwegen überhaupt relativ selten — waren 11 mit Malaria behandelt. Von diesen 11 sind 2 gestorben (822; 847); nach Hause entlassen auf Wunsch der Familie ebenfalls 2 (781; 907); beide psychisch invalide, der eine, früher Modelltischler, bekommt jetzt von seinem früheren Arbeitgeber „aus Güte" einfachste Arbeit, tut nur, was ihm angewiesen wird, spiegelt und kämmt sich viel, lächelt viel vor sich hin. Der andere, früher tüchtiger Kapitän, ist jedoch schon wieder hier, oberflächlich, kritiklos, zur Zeit ruhig, war aber eine Zeit recht schwierig, rechthaberisch, mißvergnügt — ein Wrack. Drei Fälle sind in dieser Arbeit ausführlich beschrieben. Eine weiterer (680), der schon vor, aber namentlich auch nach der Malariabehandlung Gehörshalluzinationen hatte, früher ein tüchtiger Walfischfänger, ist jetzt kindlich, oberflächlich, zufrieden, hat in letzter Zeit nach Entlasssung in Privatpflege Buchbinderei gelernt. Gegen seine früheren Leistungen schwer reduziert, ist er doch angenehmer und sozialer als die bisher genannten. Zwei weitere Fälle (766; 965) befinden sich bei uns in schwerer einfacher Verblödung. Ein weiterer Fall (802), der schon vor der Malariakur schweren Beeinträchtigungswahn zeigte — die Gefühle und Gedanken anderer gingen mittels Elektrizität durch sein Gehirn, Vergiftungsangst, später meinte er, wir wollten ihm Rheumatismus machen, — ist jetzt in eine andere Anstalt verlegt, wo er zunehmend schwierig und unzugänglich geworden ist, unzufrieden, mit Wahnvorstellungen.

Bei allen diesen Patienten wird man sagen dürfen, daß weder der Familie, noch der Allgemeinheit, noch dem Individuum selbst irgendwie mit der Malariabehandlung gedient war; ein großer Teil der Patienten hat einen nicht mehr zur Paralyse gehörigen psychotischen Zustand bekommen, der sie zu beschwerlichen und undankbaren Anstaltspatienten macht. Damit ist natürlich nichts über den Wert der Malariabehandlung gesagt — es fehlt ja jeder Anhalt dafür, wie das Verhältnis der Anzahl dieser Patienten zu der Zahl der wirklich erfolgreichen Malariakuren ist. Die Veröffentlichung geschieht aus dem großen Interesse, das diese Fälle gerade auch für die Probleme der Schizophrenie haben.

Man wird aber jedenfalls sich bei Paralysen vorgerückten Alters und bei Paralysen mit familiärer Belastung und bei psychoiden Persönlichkeiten namentlich bei schon längerem Bestehen der Paralyse die Indikation der Malariabehandlung genauer überlegen müssen.

Ich bin am Schluß der Beschreibung unserer malariabehandelten Paralysen. Mein Hauptzweck war, einen Beitrag zu liefern zur Dis-

kussion über die Rolle der endogenen und exogenen Faktoren bei der Entstehung der Schizophrenie, und eine Lanze zu brechen für eine einheitlichere Auffassung der schizophrenen Erkrankungen, die sich als Komplikation oder Nachkrankheit vielleicht häufiger bei anderen Gehirnkrankheiten finden, und bei denen exogene Faktoren eine weit größere Rolle zu spielen scheinen, als man bisher gerne angenommen hat.

Dem Leiter des Lierasyls, Direktor W. Grimsgaard meinen besten Dank für die Erlaubnis zur Veröffentlichung der Fälle und für sein Interesse an der Arbeit.

Literatur.

Abély, Bulletin de la Soc. clinique de Méd. mentale, **18**, 1925. — *Abély* und *Bauer*, Bull. de la Soc. clin. de Méd. mentale, **18**, 1925. — *Altmann*, Zeitschr. f. d. ges. Neurolog. u. Psychiatrie **83**, 1925. — *Arnesen*, Chronische Sepsis und Geisteskrankheit, Tidsskrift f. d. norske laegeforening 1928 Heft 7 (norwegisch). — *Arnesen*, Chirurgische Behandlung von Psychosen in Amerika, Med. Revue, 1923 (norwegisch). — *Aschaffenburg*, Handbuch der Psychiatrie. — *Bonhoeffer*, Die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen usw., im Handbuch (Aschaffenburg) 1912. — *Bumke*, Lehrbuch. — *Bumke*, Die Auflösung der Dementia praecox, Klin. Wochenschr. 1924. — *Bürger* und *Mayer-Groß*, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. **106**, 1926. — *Capgras* und *Morel*, Bull. de la Soc. clin. de Méd. mentale, **6**, 1913. — *Cotton*, The defective delinquent and insane, Princeton u. London 1922 (Bibliographie). — *Cotton*, The etiology and treatment of the socalled functional psychoses. Sumary of results based upon the experience of four years, American Journal of Psychiatri, II, 2, Oktober 1922. — *M. Fischer*, Arch. f. Psych. **83**, 1928. — *O. Fischer*, in Plaut-Fischer, Allg. Zeitschr. f. Psych. **66**, 1909. — *Gerstmann*, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. und Psych. **83**, 1923. — *Gjessing, R.*, Neuere Richtlinien in der Behandlung von Geisteskrankheiten, Eindrücke von einem Studienaufenthalt am New Jersey State Hospital, Norsk Magazin f. Laegevidenskaben, September 1927 (norw.). — *Gjessing, R.*, Ist die Fokalinfektion ein wesentlicher aetiologischer Faktor bei den sogenannten funktionellen Geisteskrankheiten? Norsk Magazin f. Laegevidenskaben, Oktober 1927. — *Ilberg*, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. **2**, 1910. — *Jakob*, Zur Klinik und pathologischen Anatomie der stationären Paralyse, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. **54**, 1920. — *Jakob*, Zur Klinik und pathologischen Histologie der Tabespsychosen, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. **101**, 1926. — *Jakob*, Die extrapyramidalen Erkrankungen, Monographien a. d. Ges.-Geb. d. Neurol. u. Psych. **37**, 1923. — *Josephy*, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. **86**, 1923. — *Kahn*, Zur Frage des schizophrenen Reaktionstypus, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. **63**, 1921. — *Kahn*, Versuch einer einheitlichen Gruppierung aller schizophrenen Äußerungsformen des Irreseins, Allg. Zeitschr. f. Psych. 84, 1926. — *Kalb*, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. **34**, 1927. — *Kern*, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. **4**, 1911,

— *Knopp*, Verlaufsänderungen von Paralyse nach Fieberbehandlung. Dissertation Bonn 1926. — *Krisch*, Die symptomatischen Psychosen und ihre Differentialdiagnose, Berlin 1920. — *Krisch*, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. **102**, 1926. — *Lange, Joh.*, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. **84**, 1923, — *Marchand*, Bull. de la Soc. clin. de Méd. mentale **18**, 1925. — *Meininger von Lerchenthal*, Zur pyrogenetischen Therapie der Dementia praecox, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. **97**, 1925 und **107**, 1927. — *Näcke*, Über katatone Symptome im Verlauf der Paralyse der Frauen, Allgem. Zeitschr. f. Psych. **49**, 1893. — *Näcke*, Über atypische Paralysen, Allgem. Zeitschr. f. Psych. **67**, 1910. — *Nissl*, Ein Fall von Paralyse mit dem klinischen Verlauf einer Dementia praecox, Beiträge **1**, 3, Berlin 1915. — *Pernet*, Über die Bedeutung von Erblichkeit und Vorgeschichte für das klinische Bild der progressiven Paralyse, Abhandl. a. d. Neurol. Psych. u. Psychol. 1917. — *Plaut*, Paralysestudien bei Negern und Indianern, Berlin 1926. — *Plaut*, Über Halluzinosen der Syphilitiker, Monographien a. d. Ges. Geb. d. Neurol. u. Psych. **6**, 1913. — *Reiter*, Behandlung der Dementia praecox mit Metallsalzen a. m. Walbum, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. **108**, 1927. — *Rosenthal*, Ostdeutscher Ver. f. Psych., Allgem. Zeitschr. f. Psych. **79**, 1923. — *T. Schmidt-Kraepelin*, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. **103**, 1926. — *E. Schröder*, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. **4**, 1911. — *P. Schröder*, Über Remissionen bei progressiver Paralyse, Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **82**, 1912. — *P. Schröder*. Katatone Zustände bei progressiver Paralyse, Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **40**, 1926. — *Seelert*, Verbindung endogener und exogener Faktoren in dem Symptomenbilde und der Pathogenese von Psychosen, Berlin, 1919. — *F. Stern*, Die epidemische Encephalitis, Monographien a. d. Ges. Geb. d. Neurol. u. Psych. **30**, 1928. — *Trunk*, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. **109**, 1927. — *Wernicke*, Grundriß der Psychiatrie, 1906. — *Wildermuth*, Allgem. Zeitschr. f. Psych. **85**, 1927.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

4. Jahresversammlung der südostdeutschen Psychiater und Neurologen am 2. und 3. März 1929 in Breslau.

Anwesend: *Berliner*-Obernigk, *Besdziek*, *Beyer*, *Beyermann*, *Bry*-Breslau, *Chotzen*-Breslau, *Dodillet*-Freiburg, *Dietsch*-Jannowitz, *Freisel*-Tost, *Freund*, *Freiberg*-Breslau, *Flügel*-Leipzig, *Foerster*, *S. Fischer*-Breslau, *Fischer*-Obernigk, *Wilh. Groß*, *Wolfg. Groß*, *Georgi*, *Goldberg*, *Haupt*, *Haenisch Hirschberg*, *Haas*, *Herzau*, *Herrmann*-Breslau, *Hoppe*-Freiburg, *Jirzik*-Liegnitz, *Jaschke*-Leubus, *Jaensch*, *Kutner*, *Kuttner*, *Kaletka*, *Krömer*-Breslau, *Korbsch*, *Kaiser*-Freiburg, *Kuttner*-Herrnprotsch, *Kunze*, *Ko-nietzny*-Lüben, *Kahlbaum*-Görlitz, *Ohnsorge*-Breslau, *Oppler*-Brieg, *Lewinsohn*, *Lühr*, *Mann*, *Mathias*-Breslau, *Mohr*-Leubus, *Nicolauer*, *Nicolaier*, *Nanny*, *Pape*, *Pollak*, *Pölzer*, *Rosenthal*, *Rotter*, *Reich*, *Rudolph*, *von Rottkay*, *Rosenstein*, *Rother*-Breslau, *Reinhold*-Gräfenberg, *Ruschke*-Ulbrichshöhe, *Schwab*, *Serog*, *Straßmann*, *Stoewer*, *Schütze*, *Schmidt*, *Stark*-Breslau, *Schinke*-Tost, *Seemann*-Leubus, *Somosa*-Madrid, *Töppich*-Nawrath, *Töppich*-Breslau, *Thürwächter*-Brieg, *Wachholder*, *Weise*, *Weiß*, *Wietersheim*, *Winterstein*, *Wollenberg*-Breslau, *Welke*-Leubus, *Weißenfeld*-Bunzlau, *Wilcke*-Plagwitz, *Winkler*-Gleiwitz.

Wollenberg begrüßt die Versammlung und gedenkt der im Berichtsjahr verstorbenen Mitglieder: San.-Rat *Mertz*-Scheibe, Dr. *Senff*-Liegnitz und Frau Dr. *Schwab*-Kunfi. Im Laufe des Berichtsjahres waren fünf klinische Abende, über die in der Klinischen Wochenschrift berichtet wurde, veranstaltet worden.

Als Hauptreferat folgte 1. ein Vortrag von

Foerster: Er berichtet in einem ausführlichen Referat, unterstützt von zahlreichen Diapositiven, über seine großen Erfahrungen mittels Encephalographie. (Das Referat eignet sich nicht zur kurzen Wiedergabe. Voraussichtlich wird es im Rahmen einer Monographie später erscheinen).

Aussprache: *Wollenberg*, *Schwab*, *Goldberg*, *Haenisch*. *Foerster* (Schlußwort).

2. *Rotter*-Breslau: Über symmetrische Pallidumerweichung.

Vortr. geht aus von dem als typisch geltenden Bilde symmetrischer Pallidumnekrose nach Kohlenoxydvergiftung und bespricht das Vorkommen gleicher Befunde infolge verschiedener andersartiger Ätiologie. Auch für die CO-Vergiftung ist zu betonen, daß sie sehr häufig keine „Totalnekrose“ der Pallida hervorruft, in vielen Fällen (*Ruge*, *Pineas*,

A. Meyer, *Grinker* u. a.) sind in anscheinend gesetzmäßiger Weise die medio-dorsalen Abschnitte der zwei inneren Pallidumglieder ergriffen, während das laterale Pallidumglied und das Putamen frei bleiben.

Von den verschiedenen als ursächlich für solche Bilder in Frage kommenden Erkrankungen wird der Befund *Edelmanns* bei akuter Blausäurevergiftung mit der CO-Vergiftung aus naheliegenden Gründen als wesensgleich betrachtet. Auch *Weimann* nimmt für seine entsprechende Beobachtung bei akuter Pantoponvergiftung eine vasale Genese an, da er noch andere gefäßabhängige Parenchymstörungen im Cerebrum seines Falles gefunden hat.

Etwas ausführlicher wird die Beobachtung *Schilder* und *Stengels* (Z. Neur. 113) zitiert und auf Ähnlichkeiten mit der ersten nun folgenden eigenen Beobachtung hingewiesen. Diese betraf einen 39jährigen Mann. März-Mai 1928 klinische Behandlung wegen inzipienter Paralyse. Die Malariakur wurde nach 9 Fieberzacken abgebrochen, kombinierte Nachbehandlung. Gute Erholung körperlich wie psychisch. Anfang August 1928 in plötzlichem nächtlichen Verwirrungszustande Sprung von 4 m hohem Balkon, nächtliches Herumirren in felsiger Gegend. Wird mit Blut besudelt, völlig erschöpft in die Klinik gebracht. Der Chirurg findet für Schädelbruch keinen Anhaltspunkt. Unter zunehmenden, nur wenig schwankenden paralytischen Erscheinungen Mitte Dezember 28 durch Erschöpfung Exitus letalis. Sektion: Makroskopisch typische, symmetrische zystische Pallidumerweichung, histologisch paralytisches Rindenbild mit zurücktretenden infiltrativen Erscheinungen (Malariabehandlung!?). In den Zerfallsherden noch reichlich freie Fettkörnchenzellen, massenhafte Imprägnation der Arterien im und unmittelbar um den Herd mit Pseudokalk, die Intima bleibt durchweg frei davon, zeigt aber hochgradige proliferative Erscheinungen bis zum Verschluß des Lumens, Elasticaneubildung und Delamination, keine wesentliche Verfettung. Da diese Vorgänge auf den Zerfallsherd nicht beschränkt sind, werden sie nicht ohne weiteres als primär für die Nekrose aufgefaßt. Ähnliche Gefäßveränderungen in anderen Hirnbezirken lagen nicht vor. Ätiologisch wird an örtlich elektive Auswirkung des spätluischen Prozesses in einem „disponierten" Gewebsbezirk gedacht und das Vorkommen gefäßabhängiger Gewebsschäden bei der Paralyse (*Spielmeyer*) in diesem Zusammenhange angeführt. Außerdem ist an eine Spätwirkung der zweifellos erlittenen Commotio für Entwicklung der symmetrischen Nekrose zu denken.

Als Beleg für eine solche Ätiologie wird eine weitere eigene Beobachtung angeführt und kurz demonstriert, wo ein anderes Agens als Spätwirkung der erlittenen Gehirnerschütterung nicht nachzuweisen war (Z. Neur. 119).

Als versorgendes Gefäß für die in den mitgeteilten Fällen erweicht gefundenen Pallidumabschnitte kommt mit großer Wahrscheinlichkeit nur die Art. chorioidea anterior in Frage. Die vom Gesichtspunkt der „Gefäßmechanik" gegebenen Erklärungen für die Krankheitsbereitschaft dieser Teile (*Kolisko*) befriedigen nicht völlig. Als Ausdruck einer eigenartigen „Gefäßdynamik" wird die Ablagerung von Pseudokalk angesehen, der nach Erfahrungen von *Spatz* und *Kodama* in den mittleren Teilen des Pallidum besonders reichlich ist und nach eigenen zahlreichen Befunden des Vortr. an senilen Gehirnen hinsichtlich Gefäßimprägnation

im fraglichen Gebiet prädilektiv vorkommt. Derartige Eigenarten des Stoffwechsels lassen auch Besonderheiten in der Funktionsweise des Gefäßsystems solcher Teile voraussetzen. Hierin liegt ein weiterer Faktor für die örtliche Elektivität der besprochenen Schädigungen, die, besonders so weit sie durch Stromverlangsamung bis zur Stase wirken, in den schon unter physiologischen Verhältnissen abweichenden Strombahnverhältnissen eine günstigere Angriffsfläche finden.

Sämtliche Ausführungen wurden durch Demonstration der Befunde, vor allem der histologischen Präparate in Originalschnitten und Diapositiven, erläutert.

Aussprache: *Schwab* stimmt der Annahme einer traumatischen Genese pallidärer Symptomenbilder nach eigenen Erfahrungen zu und weist auf die in der Literatur von *Lotmar* und anderen beschriebenen hin. Allerdings ist für diese Kranken anzunehmen, daß schon vor Einwirkung des Traumas die subkortikalen Ganglien bzw. ihre Gefäße ein Locus minoris resistentiae bieten.

Rotter (Schlußwort) betont demgegenüber, daß ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen einem Trauma und symmetrischen Pallidumnekrosen in zwei voneinander räumlich nicht unerheblich getrennten Gebieten nicht denkbar sei. Zum Zustandekommen derartiger Veränderungen bedarf es eines Dritten, nämlich der Mitwirkung des Gefäßsystems, das durch den mechanischen Reiz des Traumas in seiner Erregbarkeit verändert ist und über längere Zeit bleiben kann.

(Zusätzliche, nicht gehaltene Bemerkung:) Vor einer Gleichstellung des anatomischen Befundes der partiellen symmetrischen Pallidumnekrose mit einem klinisch diagnostizierten traumatischen Parkinsonismus ist zu warnen. In den eigenen Beobachtungen des Vortr. ist es klinisch nicht zur Ausbildung eines Parkinsonismus gekommen trotz Doppelseitigkeit der Pallidumveränderungen, desgleichen nicht in einem inzwischen zur Sektion gekommenen 3. Fall (aus dem städtischen Siechenhaus, Geheimrat *Freund*), bei dem ein typischer Befund partieller symmetrischer Pallidumnekrose gefunden wurde. Klinisch hatte nichts einen derartigen Befund erwarten lassen.

3. *Haas* und *Wachholder*: Untersuchung über organischen und nichtorganischen Tremor.

Es wurden bei willkürlichen Zitterbewegungen Normaler, sowie bei hysterischem und enzephalitischem Tremor unter wechselnden Bedingungen (zumal bei verschiedenen Gliedstellungen) die Aktionsströme des Bizeps und Trizeps untersucht. Bei willkürlich erzeugten Zitterbewegungen des freigehaltenen rechtwinklig gebeugten Unterarmes ist bis zu einer Frequenz von etwa 4 pro Sek. nur der Biceps tätig. Bei schnellerem Tremor wird bei Normalen dagegen stets auch der antagonistische Trizeps mitinnerviert. Es treten dann in beiden Muskeln alternierende Stromstöße auf. Wird dabei dann der Unterarm belastet, so bemerkt man eine Vergrößerung der Ströme sowohl im Bizeps als auch im Trizeps. Bei hysterischen Zitterern wurde hingegen festgestellt, daß diese bei derselben Gliedstellung imstande sind, viel raschere Hin- und Herbewegungen auszuführen, ohne dabei den Trizeps mitzuinnervieren. Bei der Belastung traten aber ebenso wie beim Normalen in beiden Muskeln Ströme auf. Bei enzephalitisch bedingten Zitterbewegungen ist bei supiniert gehaltenem

Unterarm im unbelasteten Zustande die Mitbeteiligung des Trizeps gewöhnlich viel stärker als beim Normalen und Hysteriker. Unter dem Einfluß der Belastung wird aber im Gegensatze zu diesen die Trizepstätigkeit nicht verstärkt, sondern zum Sistieren gebracht.

Aussprache: *Serog, Mann, Altenburger. Wachholder* (Schlußwort).

4. *H. Altenburger*: Die Aufdeckung hemianopischer Gesichtsfelddefekte durch die tachystoskopische Methode.

(Der Vortrag ist ausführlich im Archiv für Psychiatrie veröffentlicht.)

Aussprache: *Schwab, Stoewer, Stark, Jaensch, Winterstein, Goldberg, Foerster.*

5. *Chotzen*: Intelligenzstufen und Krankheitsformen bei den Hilfsschülern.

Chotzen gibt nach Mitteilung der Bestimmungen für Überweisung von Schülern aus der Volks- in die Hilfsschule einen Überblick über die Zusammensetzung des Materials der Hilfsschulen in bezug auf die Intelligenzverteilung und die Krankheitsgruppen. Diese Sichtung gibt Aufschluß über die Bedingungen der Schulunfähigkeit und einen guten Überblick über die Pathologie des Schulalters, da ebensowohl alle Schwachsinnsgrade als auch die funktionellen wie organischen Erkrankungen der Kindheit vertreten sind. Erstere bedingen das Versagen bei intellektuell nicht oder nur wenig geschädigten Kindern, während mit der Zunahme des Schwachsinns die organischen Fälle immer mehr zunehmen. Die Bedingungen des Versagens in der Volksschule sind also mannigfaltig und die verschiedenen Gruppen müßten besondere Behandlung finden. Dazu sind weitere Differenzierungen der Unterrichts- und Erziehungsmöglichkeiten neben der Hilfsschule erforderlich, die selbst zu einer heilpädagogischen Anstalt mit Berufsvorbereitung auszugestalten wäre.

Aussprache: *Schmidt*: Durch die Strukturbilder der menschlichen Nagelfalzkapillaren läßt sich die Frage beantworten, ob ein erworbener oder angeborener Schwachsinn vorliegt. Untersuchungen an Jugendlichen verschiedener Intelligenzstufen ergaben das Vorwiegen von Hemmungsbildungen der Nagelfalzgefäße bei Schwachsinnigen. Bei Hilfsschülern fanden sich 15% echte archikappilär gehemmte Gefäße und Kapillaren der intermediären Schicht. Von 14 Schülern der Vorklasse einer Hilfsschule zeigten nur 4 Schüler neokapillare Endgefäße. Bei Volksschülern, Gefängnisinsassen und intellektuell hochwertigen Aufbauschülern fanden sich keine reinen Hemmungsformen. Die Untersuchungen erstreckten sich auf 250 Jugendliche. Bei 2 Fällen dieses Materials, bei denen der Schwachsinn anamnestisch auf exogene Störungen zurückzuführen war, lagen normale Endgefäße vor. Für die Persönlichkeitsforschung und für die Deutung der Frage, ob angeborene oder erworbene Störungen vorliegen, sind kapillarmikroskopische Untersuchungen der Nagelfalzgefäße von besonderem Wert.

6a. *Schwab*: Zur Behandlung der tabischen Optikusatrophie. (Der Vortrag ist ausführlich im Archiv für Psychiatrie veröffentlicht.)

Aussprache: *Goldberg*, *Georgi*, *Rotter*, *Stark*, *Ohnsorge*, *Jaensch*, *A. Bielschowsky*.

6b. *Schwab*: Amyotrophische Lateralsklerose. (Vortragsreferat gleichfalls im Archiv für Psychiatrie.)
Aussprache: *Foerster*, *Mann*.

6b. *Schwab*: Amyotrophische Lateralsklerose. (Vortragsreferat gleichfalls im Archiv für Psychiatrie.)
Aussprache: *Foerster*, *Mann*.

7. *Alice Rosenstein*: a) Zur Frage des lokalen Drucks auf den Nervus opticus für die Entstehung der Blindheit bei gleichzeitiger Stauungspapille.

Ein 12jähr. Junge erkrankte aus voller Gesundheit im Dezember 1928 an starken Kopfschmerzen mit subfebrilen Temperaturen. 3 Tage später erblindete er auf dem linken Auge, tags darauf auch rechts, war schläfrig, erbrach wiederholt. Die objektive Untersuchung ergab: Weite, fast lichtstarre Pupillen, fehlende Konvergenzbewegung, Blickbeschränkungen nach allen Seiten. Am Augenhintergrund Bild der Neuritis optica – 3 Tage darauf ausgesprochene beginnende Stauungspapille beiderseits. Langsamer Puls. Babinski L fraglich +, sonst kein pathologischer Befund am Nervensystem oder den inneren Organen. Normales Blutbild, Urin o. B. Die Lumbalpunktion ergab mäßig erhöhten Druck, sonst ganz normalen Liquor.

Am 24. XII., 4 Tage nach der Erblindung wurde der Junge bei uns aufgenommen. Die Stauungspapillen betrugen beiderseits 3 D, Visus: Lichtschein mit unsicherer Projektion, maximal weite Pupillen (L > R), Lichtreaktion Spur +, Konvergenz besser. Kein Nystagmus. Erhaltene Cornealreflexe. Auch sonst nichts zerebellares. – Stützreaktion in beiden Armen, sonst neurologisch ganz o. B.

Bei der Ventrikelpunktion (26. XII.) gelang es an typischer Stelle nicht, den Ventrikel aufzufinden.

Bald darauf (28. XII.) begann spontan eine Wiederkehr der Sehfähigkeit, — parallel zu einem Rückgang des Hintergrundbefundes und Besserung der Lichtreaktion —, und zwar kehrten zunächst die oberen Gesichtsfeldhälften wieder (so daß der Junge nur Kopf und Schultern der am Bett Stehenden gewahrte). Am 30. XII. Fg. $^1/_2$ m im ganzen Gesichtsfeld, von Farben wird Blau erkannt, am 6. I. $^2/_{24}$, alle Farben außer Grün erkannt, am 12. II. beiderseits $^6/_8$, normales Farbenkennen; Gesichtsfeld ganz frei, Optici plan. erscheinen leicht abgeblaßt, doch noch in etwa physiologischen Grenzen.

Das Auffallende an diesem Krankheitsbilde ist das außerordentlich rasche und intensive Auftreten der Sehverschlechterung bei so geringem Augenhintergrundbefund und so geringen Allgemeinerscheinungen. Wohin kann ein derartiger Prozeß lokalisert werden? Man muß wohl sicher annehmen, daß das Entscheidende in einem Druck auf die primären Sehbahnen, wohl in der unmittelbaren Umgebung des Chiasma zu suchen ist. Ein Hydrocephalus occlusus mit Druck des erweiterten 3. Ventrikels ließ sich durch die Ventralpunktion mit Sicherheit ausschließen; die

Nichtauffindbarkeit der Ventrikel spricht vielmehr für eine Hirnschwellung, und der erhöhte Druck der Lumbalflüssigkeit für eine Meningitis serosa. Wir nehmen daher als Wahrscheinlichstes an, daß es sich um eine zirkumskripte seröse Meningitis der Chiasmagegend gehandelt hat, die durch Druck auf das Chiasma und die extrakanalikulären Abschnitte der Optici die Sehverschlechterung bewirkt hat; es ist dies ja der gleiche Ort, von dem (nach *Behr*) Stauungspapillen am schnellsten entstehen.

Aussprache: *A. Bielschowsky*: Die Untersuchung einer beginnenden Stauungspapille von einer Neuritis optici ist oft recht schwierig. Der rapide Verfall des Visus bis zur Amaurose und die relativ rasche Wiederkehr des Gesichtsfeldes von der Peripherie her bei länger dauerndem Ausfall der Gesichtsfeldmitte legen die Vermutung nahe, daß in dem referierten Falle eine retrobulbäre Neuritis vorlag, bei der die Erkrankung des papillo-makulären Bündels, die sich in einem zentralen Skotom manifestiert, gelegentlich innerhalb eines Tages über den ganzen Sehnervenquerschnitt ausbreitet und zur Amaurose führt, und, wenn der in seiner Genese vielfach nicht aufzuklärende Krankheitsprozeß gutartig verläuft, ziemlich bald zunächst das periphere und später auch das zentrale Gesichtsfeld wiederkehren läßt.

Alice Rosenstein: b) Encephalitis pontis. Ein 21jähr. Mädchen litt seit mehreren Jahren an allgemein nervösen Beschwerden, im letzten Jahre wiederholt an eiterigen Mandelentzündungen. Ende September 1928 Operation eines Mandelabszesses. 10 Tage nach der Operation Augenschmerzen, verschlechtertes Sehen und Schwindelgefühl. Bald darauf Blicklähmung nach rechts, leichte Fazialisparese links, stumpfes Gefühl im linken Gesicht, linkem Arm und linkem Oberkörper; Unsicherheit beim Gehen, Taumeln nach der linken Seite. Beschwerden nahmen allmählich zu. Ende November 28 ergab die Untersuchung: assoziierte Parese der Linkswender beider Augen (etwa 2 mm); vollkommene Blicklähmung nach rechts, wobei der linke Medialis noch eine minimale Adduktion des Auges bewirkt (gleichseitige Doppelbilder von etwa 6°, im ganzen Blickfeld ziemlich gleichmäßig, als Ausdruck der nukleären Abduktusbeteiligung, Sehkraft beiderseits $^6/_6$). Keine reaktive Augenwendung bei Kopfdrehung. Bei Konvergenz wird das linke Auge gut adduziert. Optomotorischer Nystagmus in der Vertikalen grade auslösbar, fehlt völlig in der Horizontalen. Geringe Orbikularisparese rechts. Normale Pupillenreaktion, normaler Augenhintergrund. Die Vestibularisuntersuchung ergab: Vom linken Labyrinth aus sind vestibuläre Effekte wenig, aber deutlich zu erzeugen, vom rechten Labyrinth aus ist keine vestibuläre Reaktion mit Sicherheit zu erreichen. Im ganzen sind sagittale Reaktionen eher auslösbar, es kommt hierbei postrotatorisch zu Haltungsreflexkrämpfen. Galvanischer Nystagmus ist nur von links auslösbar, die galvanischen Sekundärreaktionen sind, soweit sie auftreten, nach links gerichtet. Durch vestibuläre Erregung ist kein Bewegungszuwachs bei Seitenwendung zu erzielen (auch nicht am linken Internus — nukleäre Schädigung im rechten Abduzenzgebiet!). Die Hörfähigkeit ist beiderseits normal.

Die übrige neurologische Untersuchung ergab: beiderseits angedeutet spastische Fingerreflexe; Reflexe sonst normal. Beim Stehen und Gehen

deutliches Abweichen nach links. Zeigeversuche fallen normal aus. Sensibilität: Herabsetzung aller Oberflächenqualitäten auf der linken Seite von D 10 aufwärts, die linke Gesichtshälfte mit einnehmend. In der Folgezeit auch Abschwächung im rechten Trigeminus, im linken Glossopharyngeus, Ausdehnung der linksseitigen Abstumpfung auf die ganze linke Körperhälfte. — Bei der Lumbalpunktion erhöhter Druck (175 mm), 18 Lymphozyten im cmm., sonst völlig normaler Liquor (Mastix: kleine Zacke).

Aus der ophthalmologischen und vestibulären Prüfung geht hervor, daß es sich um einen Prozeß handeln muß, der in unmittelbarer Nachbarschaft des rechten Abduzenzkerns gelegen ist, diesen selbst, sowie die vom Cortex und Vestibularapparat zu den beiderseitigen Kernen für die gleichsinnigen Seitenwender in beiden hinteren Längsbündeln verlaufenden Bahnen geschädigt hat. Zu dieser Lokalisation stimmt die Sensibilitätsstörung — einseitig Gesicht und Oberkörper umfassend — die wir als typisch für Schädigungen der Substantia reticularis kennen. Die zeitweise vorhandene Abstumpfung im rechten Trigeminus bedeutet ein Übergreifen des Prozesses auf die spinale Quintuswurzel der anderen Seite in gleicher Höhe. Ätiologisch hat es sich wohl um einen enzephalitischen Herd gehandelt. Unter Schmierkur sind sämtlichen Beschwerden abgeklungen, am längsten bestand die rechtsseitige nukleäre Abduzenzparese, die erst Ende Februar 29 verschwand.

8. *Fischer*: Zur Glaubwürdigkeit jugendlicher Zeugenaussagen.

Die Beurteilung der Glaubwürdigkeit von jugendlichen Zeugen ist Aufgabe des Psychologen und des Psychiaters zugleich bzw. des psychologisch vorgebildeten Psychiaters.

Die Wege für die Beurteilung sind die Geschichte der Aussage, die Erforschung der Persönlichkeit nach Vorgeschichte, Schulgutachten, Exploration und eventl. Beobachtung in einer offenen Nervenabteilung. Von besonderer Wichtigkeit ist die experimentelle Untersuchung, die häufig allein schon mehr noch durch ihre qualitativen als durch ihre quantitativen Ergebnisse ein gutes Bild von der Glaubwürdigkeit der Persönlichkeit ergibt. Diese Untersuchungsmethoden empfehlen sich vor allen Dingen auch dann, wenn innerhalb kurzer Zeit die Beurteilung erfolgen muß. Besondere Aufgabe des Psychiaters ist es, eine krankhafte Störung auszuschließen. Es ist prinzipiell falsch, wenn der Psychologe aus der Unwahrscheinlichkeit oder der scheinbaren Unmöglichkeit des Tatbestandes, wie er sich aus der Aussage der jugendlichen Zeugen ergibt, auf die Unglaubwürdigkeit der Aussage schließt, Dies ist die Aufgabe des Richters. Nur psychologische und psychiatrische Gesichtspunkte dürfen von dem Gutachter zur Beurteilung herangezogen werden.

Aussprache: *Serog*.

Chotzen bestätigt die Brauchbarkeit psychologischer Untersuchungen zur Prüfung der Glaubwürdigkeit jugendlicher Zeugen. Sie sind um so notwendiger, weil die Aussagen (besonders abnormer Kinder) über die Tat, namentlich über Sittlichkeitsvergehen, vielfach ganz unzuverlässig sind. Schon die erste Befragung durch Unberufene und dann die polizeiliche Vernehmung legen die Aussagen der Kinder in falscher Richtung fest. Dazu kommt dann in solchen Fällen noch die Beeinflussung durch

Mütter, Schulkameradinnen, Nachbarinnen, so daß ihre Zeugenschaft vor Gericht, wie Ref. in einem interessanten Fall erlebte, völlig unbrauchbar geworden sein kann. Das ganze Verfahren müßte geändert werden und die erste Befragung, auf die der Hauptwert zu legen ist, zum mindesten in Sittlichkeitsvergehen durch einen in Kinderpsychologie erfahrenen Sachverständigen, Psychiater oder Psychologen, der aber die Grenzen des Pathologischen sehr genau kennen müsse, erfolgen.

9. *Georgi*: Lipoidstoffwechsel bei Depressiven.

Georgi berichtet über gemeinsam mit *Schmitz* durchgeführte Stoffwechseluntersuchungen. Der Cholesterinhaushalt wurde bekanntlich schon mehrfach bei Geisteskranken untersucht. Es erschien daher zweckmäßig, den ganzen Lipoidstoffwechsel, also auch die Phosphatide und Fettsäuren, einer Durchmusterung zu unterziehen. *G.* berichtet über die ersten Ergebnisse an Hand von über 600 Einzelanalysen. Es wurde festgestellt, daß im Gegensatz zu Normalen, Schizophrenen, Epileptikern, die sich außerhalb der Anfallszeit befinden, bei Depressiven verschiedenster Genese eine außerordentliche Erhöhung des Lipoidspiegels zu beobachten ist. Es wird gezeigt, daß auch bei gewissen organischen Erkrankungen, Diabetes, Gicht, Urämie, ähnliche Verhältnisse bestehen, also bei Stoffwechselerkrankungen, bei denen, wie jüngst besonders *Kleist* wieder zeigen konnte, depressiv-paranoide Zustandsbilder vorherrschen. Diese Beziehungen sind hier wie dort naturgemäß keine absoluten. Es zeigt sich aber eine bemerkenswerte Zuordnung, wie sie in ähnlichen Prozentzahlen auch zwischen Körperbau und seelischer Anlage gefunden werden.

Aussprache: *Schmitz*, *Serog*.

10. *Stark*: Über die klinische Verwendbarkeit von Ruhe- und Reizkurven (nach *Löwenstein*).

Auf Grund der Untersuchung an einer Reihe von organisch und nichtorganisch Kranken kommt der Vortr. zu dem Schluß, daß die Methode, die Bewegungen der Gliedmassen und der Brust- und Bauchatmung durch Hebelübertragung auf die Trommel festzuhalten, in vielen Fällen geeignet ist, die Diagnose sowohl des organischen wie des nichtorganischen Tremors oder der Sensibilitätsveränderung zu stützen, in einigen Fällen sogar ist durch die Methode die Aufdeckung und Analyse von Störungen möglich gewesen. Er unterscheidet hysterische und simulatorische Reaktionen, organischen und nichtorganischen Tremor und will aus dem Bilde der Kurven eine Diagnose stellen. In einem Falle ist es ihm gelungen, eine unter dem Bilde einer hysterischen Anästhesie verborgene organische Sensibilitätsstörung aufzudecken und damit auch zur Erkennung der bis dahin falschen Diagnose die wesentlichsten Daten zu liefern. Auf einen anderen Fall weist er ganz besonders hin, in dem er durch Aufzeichnung der Atemkurve vor und nach analytischer Behandlung den Nachweis erbrachte, daß die Analyse tatsächlich den Kern der seelischen Störung gefunden hatte, womit zum ersten Male sich die Möglichkeit ergibt, tiefenpsychologische Behauptungen experimentell nachzuprüfen. So optimistisch wie *Löwenstein* ist der Vortr. bezüglich der Zuverlässigkeit seiner Methode nicht und hält Versager nicht für ausgeschlossen. (Eigenbericht.)

Aussprache: *Georgi* weist darauf hin, daß schon vor geraumer Zeit, darunter von ihm selbst, Versuche über das psychogalvanische

Reflexphänomen angestellt worden sind, die bis zu einem gewissen Grade ähnliche Ergebnisse, wie die von *Stark* gezeigten, ergeben haben. Aus diesem Grunde sei es historisch nicht ganz richtig, zu behaupten, daß der Komplexnachweis durch die *Löwenstein*sche Methode erstmalig geglückt sei.

Altenberger, *Foerster*, *Serog*.

Schwab fragt an, ob Patient, bei dem *Stark* mit seiner Methode Ausfallserscheinungen, die für eine Conus-Caudaläsion sprachen, nachgewiesen hat, nicht eine Spina bifida geboten hat und wie die Liquorverhältnisse waren.

Wachholder: Die Registrierung des psychogalvanischen Phänomens hat in bezug auf die vorliegenden Fragestellungen vor der von dem Herrn Vortr. angewandten Technik unzweifelhaft gewisse Vorteile. Andererseits berücksichtigt die letztere auch die Veränderungen der Atmung, die einen außerordentlich empfindlichen und wertvollen Indikator für psychische Reaktionen abgeben, der in vielen Fällen kaum zu entbehren ist, jedenfalls durch das psychogalvanische Phänomen nicht ersetzt werden kann.

11. *Rosenthal* u. *Beyer*: Insulinbehandlung psychischer Erkrankungen.

Ausgehend von den seit langem bekannten Beziehungen zwischen Depressionszuständen und Kohlehydratstoffwechsel, die in letzter Zeit besonders von *Reiter* exakt wissenschaftlich nachgewiesen werden konnten, wurden in der Universitäts-Nervenklinik Breslau 20 einschlägige Fälle mit Insulin behandelt. Die Methode bestand darin, daß $^1/_2$ Stunde vor dem Frühstück und der Mittagsmahlzeit zuerst je 10, nach einigen Tagen steigend bis zu höchstens zweimal 20 Einheiten Insulin „Wellcome" gegeben wurden. Schwerere hypoglykämische Zustände wurden dabei nicht beobachtet, leichtere konnten durch sofortige Zuckerzufuhr, eventl. in Form einer stark gesüßten Limonade, beseitigt werden. Nach 10—14 Tagen wurde dann allmählich das Insulin wieder abgebaut, und in geeigneten Fällen nach mehrwöchiger Pause noch ein- bis zweimal ein gleicher Behandlungsturnus durchgeführt. Bei 15 der behandelten 20 Fälle wurde eine günstige Beeinflussung der vorhandenen Angst- und Zwangszustände erstrebt; es handelte sich dabei um 11 Depressionen und 4 Fälle von Zwangs- und Drangzuständen. In einer weiteren Gruppe von 5 Fällen, nämlich 3 Schizophrenien und 2 Depressionen mit schizophrener Färbung, wurde versucht, durch Erzeugung hypoglykämischer Hungerzustände die bestehende Nahrungsverweigerung günstig zu beeinflussen bzw. zu beseitigen. Bei dieser Gruppe wurde eine Besserung der Nahrungsaufnahme bei 3 der 5 Fälle erzielt, wobei bei 2 Fällen außerdem ein günstiger Einfluß auf den psychischen Zustand zu beobachten war. Von den in der ersten Gruppe befindlichen 11 Depressiven wurden unzweifelhaft 6 Fälle hinsichtlich der Angst und inneren Unruhe, nicht aber der Erscheinungen der Hemmung günstig beeinflußt. Die Besserung trat im allgemeinen spätestens bis zum 5 Tage der Insulinbehandlung ein. Ein Dauererfolg bestand nur bei 3 Patienten, während bei den übrigen die anfängliche Besserung des psychischen Zustandes nicht bestehen blieb. Völlig unbeeinflußt durch das Insulin blieben von den Depressiven nur 2 Fälle, während

der günstige Einfluß bei dem Rest dieser Gruppe, bei 3 Fällen, als sehr gering oder zweifelhaft bezeichnet werden mußte. In der 4 Fälle umfassenden Gruppe finden sich 2 Fälle von reinen Zwangs- und Drangzuständen und 2 Fälle von postenzephalitischer Charakterveränderung mit Zwangsantrieben und innerer Unruhe, in einem Falle kombiniert mit Blickkrämpfen. Die Fälle von reinem mit Angst verbundenen Zwangsdenken blieben unbeeinflußt, während die Zustände postenzephalitischer Natur weitgehend gebessert wurden. Besonders interessant war hier die Beobachtung, daß die an Blickkrämpfen leidenden Patienten am 3. Tage der Insulinbehandlung spontan angaben, daß die Blickkrämpfe zwar unverändert, die dabei vorher vorhandenen Angst- und Zwangsgedanken jedoch verschwunden seien. Das Insulin hat demnach in der Hälfte der behandelten Fälle sowohl hinsichtlich der Beeinflussung der Nahrungsaufnahme als auch derjenigen von Depressionszuständen einen günstigen Einfluß erzielt, ein Ergebnis, das zu weiteren therapeutischen Versuchen in dieser Richtung ermutigt, zumal auch *Schmidt* über ähnliche Erfahrungen berichtet hat.

Aussprache: *Wilh. Groß*: Der volle Erfolg der Behandlung des Diabetes mit Insulin mußte bei jedem, der die Beziehungen dieser Krankheit zu dem manisch-depressiven Irresein kennt, den Gedanken aufkommen lassen, auch diese Krankheit mit Insulin zu behandeln. Trotzdem glaube ich, daß ein solcher Erfolg nicht zu erwarten ist, wenn ich in meinen, doch auf Jahrzehnte zurückgreifenden Erfahrungen und Aufzeichnungen blättere. Denn, wenn auch beide Krankheiten biologisch derselben Wurzel entspringen mögen, so zeigen sie sich doch gewissermaßen entgegengesetzt von einem, ich möchte sagen, antipodenhaften Charakter. Um nur die krassesten Beispiele herauszuheben, so habe ich Gelegenheit gehabt, drei Fälle von schwerstem depressiven Irresein, alles weibliche Patientinnen, welche nur mit Mühe und Not vor dem Suizid zu bewahren gewesen sind, sieben Monate klinisch zu beobachten und als wirklich geheilt zu entlassen, aber nur so, daß schon kurz darauf eine Glykosurie mit sieben bis acht Prozent Zucker und allen diabetischen Symptomen eintrat. Schon zwei bis drei Jahre darauf trat bei allen der Tod im Coma diabeticum ein, nachdem Zuckerkrankheit mit depressivem Irresein abgewechselt hatten.

Wenn man auch zugeben muß, daß ein solcher Wechsel in der Einstellung zu konstitutionellen Anomalien in einem und demselben Organismus nur selten vorkommen mag, so ist dies sicherlich keine Seltenheit mehr, wenn man die Aszendenz und Deszendenz in ihrer Wechselwirkung in dieser Beziehung heranzieht. Denn das ist zweifellos eine häufige Tatsache, daß der Manisch-depressive in seiner Aszendenz den Diabetes zu verzeichnen hat.

Der Diabetiker selbst ist meines Wissens nie depressiv; er gehört zu den Menschen, die die vollste Lebensbejahung haben, und wenn dies einmal nicht der Fall ist, wie ich gerade in der letzten Zeit zu beobachten Gelegenheit hatte, so war die stark depressive Gemütsstimmung auf eine Hypoglykämie zurückzuführen, die ihrerseits ihre Ursache in einer Überdosierung mit Insulin zu suchen hatte. Bezüglich des letzteren Punktes sei auf eine Arbeit von *Oppenheimer* verwiesen, welche aus der *Umber*schen Klinik in Berlin hervorgegangen ist.

Aussprache: *Serog.*

Jaschke: In unserer Anstalt ist ebenfalls mit der Insulinbehandlung begonnen worden, und zwar verwandt wird es zur Bekämpfung der chronischen Nahrungsverweigerung Schizophrener. Es zeigte sich nun, daß diese Kranken, die — es handelt sich um 3 Fälle — schon wochen- bzw. monatelang mit der Schlundsonde gefüttert werden mußten, schon nach 10 bis 20 Einheiten wieder spontan Nahrung zu sich nahmen. Bei der einen Pat., einem weitgehend verblödeten schizophrenen Endzustand, blieb es bei vereinzelter Nahrungsaufnahme, hier wurde die Behandlung nach 105 Einheiten abgebrochen. Bei den anderen beiden Fällen hingegen setzte nach etwa 100 Einheiten eine regelmäßige, völlig ausreichende Nahrungsaufnahme ein, die jetzt 8 bzw. 2 Wochen nach Beendigung der Kur noch unverändert fortbesteht. Während die eine Pat. psychisch völlig unverändert blieb, zeigte sich bei der anderen, die allerdings auch früher und während der Nahrungsverweigerung sich schon, wenn auch selten, mit Hausarbeiten etwas beschäftigt hatte, eine sehr deutliche weitere Besserung. Sie ist zugänglich, in ihrem ganzen Benehmen freier und arbeitet regelmäßig und mit lebhaftem Interesse in der Webstube. (Allerdings ist dies ihr früherer Beruf.) Wir trugen aber Bedenken, diese psychische Besserung auf die Insulinbehandlung unmittelbar zurückzuführen, sondern möchten vielmehr in ihr eine sekundäre Folge, eine Folge des durch die regelmäßige spontane Ernährung gehobenen gesamten vitalen Befindens sehen. Die Versuche mit Insulin werden an unserer Anstalt noch weiter fortgesetzt.

Georgi weist auf Zusammenhänge hin, die zwischen den von ihm mitgeteilten Ergebnissen und denen des Vortr. bestehen. Auch hier zeigt sich wieder, daß nicht Einzeluntersuchungen, wie z. B. Grundumsatz, Lipoidstoffwechsel usf. uns weiterführen können, sondern daß nur möglichste Zusammenfassung aller mit den bisherigen Methoden zu erreichender Resultate die Erkenntnis zwischen körperlichen und seelischen Funktionen fördern könne.

12. *Kasperek*: Der Einfluß spezifischer Vorbehandlung auf die Wirkung der Malariakur.

Ref. berichtet von 27 Paralysen, die unmittelbar vor der Malariakur außerhalb der Anstalt intensiv spezifisch behandelt worden waren. 6 von diesen wurden lediglich wegen neurasthenischer Beschwerden und eines positiven Wassermanns, 10 wegen Lues cerebri antiluetisch behandelt. Bei diesen traten erst unter der spezifischen Kur psychische paralytische Veränderungen ein. Das Resultat der spezifisch vorbehandelten Fälle nach der Malariakur entspricht im allgemeinen der hiesigen Statistik über nicht vorbehandelte Fälle. Ref. weist aber darauf hin, daß das Ergebnis hätte besser sein müssen, da weitaus die Mehrzahl inzipiente Paralysen gewesen sind. Die Tatsache der verhältnismäßig schlechteren Statistik genüge, um vor einer spezifischen Behandlung abzuraten, zumal die spezifische Behandlung das Ausbrechen der Paralyse nicht verhindern könne. Man sollte die Zeit nicht nutzlos verstreichen lassen. Ein Einfluß auf die Malaria selbst konnte nicht festgestellt werden, desgleichen nicht auf Blut und Liquor. Hier verliefen die Befunde wie auch in den nicht vorbehandelten Fällen nicht parallel. Besonders auffälig sind einige Fälle,

in denen die Liquorbefunde entgegengesetzt dem psychischen Befunde verliefen.

Aussprache: *Chotzen*: Es ist sehr bemerkenswert, daß eine verhältnismäßig so große Anzahl von Paralysen während der Behandlung manifest werden, die bei Beginn der Kur auch dem Neurologen nicht als Paralysen erkennbar waren. Man muß doch daran denken, daß die spezifische Behandlung, wie man ja früher allgemein glaubte, den paralytischen Prozeß beschleunigt. In allen Fällen, die nach der durchschnittlichen Inkubationszeit noch starke serologische Befunde aufweisen, in denen also mit allergrößter Wahrscheinlichkeit beginnende Paralysen vorliegen, sollte man vor der Malariabehandlung spezifische Kuren vermeiden.

Wollenberg.

Nicoaluer: Wie intensiv die Vorbehandlung der Paralysen gewesen ist, ist uns gewöhnlich nicht bekannt. Die Mortalität der mit Malaria geimpften Paralysen war eine ziemlich hohe, etwa 8—10%, soweit ich es in Erinnerung habe, wir haben aber auch eine Zeitlang wenig aussichtsreiche Fälle geimpft. In zweifelhaften Fällen lassen wir ebenfalls von spezialistischer Seite aus das Herz oder die Lungen untersuchen, haben allerdings auch Fälle gehabt, bei denen wir, weil sie aussichtsreich waren, trotz Abratens die Impfung vornahmen, und zwar mit gutem Erfolge.

Georgi: Nach den Erfahrungen der Klinik, denen allerdings in diesem Sinne noch nicht systematisch nachgegangen wurde, ist eine vorangehende Salvarsanbehandlung auf die Wirkung der Malariatherapie nicht von wesentlicher Bedeutung. Der vorliegenden Frage wird zurzeit im Rahmen einer Dissertation nachgegangen.

Weißenfeld: Zu den Diskussionsbemerkungen über den Einfluß von großen oder zu kleinen Salvarsandosen auf Verlauf und endgültige Heilungsaussichten der Paralyse möchte ich auf die Behandlungsresultate *Siolis* hinweisen, der schon vor dem Kriege an dem großen Material der Bonner Anstalt Paralytiker ausschließlich mit außerordentlich hohen Dosen Salvarsan — bis 12 g Neosalvarsan oder 9 g Silbersalvarsan — in einer ununterbrochenen Kur behandelte. Seine Heilungsresultate waren, wie er noch 1924 in einem Vortrag in der Medizinischen Gesellschaft in Bonn zusammenfaßte, in bezug auf Zahl und Dauer der Remissionen denen der Malariatherapie durchaus gleichwertig. Neben den zur Entlassung gelangten, wieder berufsfähig gewordenen Fällen befinden sich jetzt noch in der Bonner Anstalt eine Reihe von defektgeheilten, stationär gewordenen Paralytikern, die aus äußeren sozialen Gründen nicht zur Entlassung gelangten, und die sich in ihrem äußeren Bild in nichts von entsprechenden Fällen nach abgeschlossener Malariabehandlung unterschieden. Einzelne Fälle von Paralyse wurden von Sioli noch während meiner Tätigkeit an der Bonner Anstalt in den Jahren 1924—25 in der gleichen Weise allein mit hohen Salvarsandosen behandelt. Auch hier sah ich sehr gute Heilungsresultate, die zwar, was die Zahl anlangt, für statistische Zwecke nicht beweisend sind, die mir damals aber als Einzelfälle sehr instruktiv waren.

Wenn ich auch eine gewisse Scheu verstehe und wohl auch teile, ähnlich hohe Salvarsandosen anzuwenden, so glaube ich doch, daß aus diesen Ergebnissen mit Sicherheit hervorgeht, daß eine schädliche Wirkung sehr hoher Salvarsandosen bei der Paralyse nicht zu befürchten ist.

Georgi-Breslau.



60. Versammlung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens in Hannover am 5. Mai 1928.

Anwesend: *Alber*-Braunschweig, *Benning*-Rockwinkel, *Behr*-Lüneburg, *Benno*-Oeynhausen, *Boeckh*-Bethel, *Brandes*-Langenhagen, *Braune*-Altscherbitz, *v. Criegern*-Hildesheim, *Delbrück* sen.-Bremen, *Delbrück* jun.-Göttingen, *Dräseke*-Hamburg, *Engelken*-Altscherbitz, *Fleck*-Göttingen, *Fröhlich*-Göttingen, *Fuhrmann*-Hildesheim, *Gerstenberg*-Wunstorf, *Glettner*-Hannover, *Götze*-Lüneburg, *Günther*-Warstein, *Hampe*-Braunschweig, *Harrier*-Hildesheim, *Hermel*-Hameln, *Hinsen*-Münster i. W., *Horstmann*-Göttingen, *Irmsdorf*-Wunstorf, *Jacobi*-Hildesheim, *Jänecke*-Osnabrück, *Kahle*-Langenhagen, *Kehrer*-Münster i. W., *Kleffner*-Münster i. W., *Korbsch*-Münster i. W., *Kracke*-Osnabrück, *Leving*-Münster i. W., *Loewenstein*-Hannover, *Loewenthal*-Braunschweig, *Lübbers*-Hannover, *Magunna*-Königslutter, *Meyer*-Königslutter, *Mönkemöller*-Hildesheim, *Neugebauer*-Lüneburg, *Niemeyer*-Liebenburg, *Peltzer*-Bremen, *Rapmund*-Hildesheim, *Rehm*-Bremen, *Reitel*-Hildesheim, *Rinne*-Langenhagen, *Schütte*-Langenhagen, *Simon*-Gütersloh, *Stock*-Osnabrück, *Stommel*-Rasemühle, *Walter*-Bremen-Ellen, *Wegener*-Haus Kannen, *Welck*-Bethel, *Westrum*-Lengerich.

Der Vorsitzende: *Mönkemöller*-Hildesheim begrüßte die Erschienenen und gedachte in warmen Worten der im Laufe des letzten Jahres verstorbenen Mitglieder.

Er wies auf die Entwicklung des Vereins hin, der heute zum 60. Male in Hannover zusammengekommen sei, um neben wissenschaftlicher und praktischer Anregung auch persönliche Berührung und geselligen Verkehr der Mitglieder zu vermitteln.

Trotz dieser traditionellen Gebundenheit bei der Wahl des Versammlungsortes hielt er aber einen Wechsel des Tagungsortes nunmehr doch für geboten, eine Anregung, die von *Schütte*-Langenhagen und *Delbrück*-Bremen befürwortet wurde.

Auf Vorschlag des Vorsitzenden wurde daraufhin für 1929 Braunschweig als Tagungsort und *Löwenthal* zum Vorsitzenden gewählt.

1. *M. Günther*-Göttingen: Beiträge zur Psychologie und Klinik der kongenitalen Wortblindheit.

Demonstration eines Falles von kongenitaler Alexie, der sich dadurch auszeichnet, daß die Störung mit einer rechtsseitigen spastischen Parese und Jacksonanfällen im Gebiete der Mundmuskulatur verbunden ist. Der Fall erscheint deshalb besonders wichtig, weil bisher die kongenitale Alexie als Herdstörung nicht sicher nachgewiesen werden konnte und fast ausschließlich als Anlage-Mißbildung aufgefaßt wurde. Die psychologische Untersuchung des Kranken ergab, daß es sich mit Sicherheit nicht um eine agnostische Störung handelt, sondern daß lediglich die Fähigkeit der geordneten und gerichteten Reihenbildung gestört ist.

Der Ausfall war nicht rein auf Schreiben und Lesen beschränkt; es fehlte auch bei richtiger Orientierung in den Wochentagen und Monaten die Fähigkeit, die entsprechenden Reihen zu sagen, die Uhr abzulesen u. ä. m. Dabei ist im übrigen die Intelligenz mindestens durchschnittlich entwickelt.

(Ausführliche Veröffentlichung erfolgt in der Zeitschrift für Kinderforschung.)

2. *Dräseke*-Hamburg: Beiträge zur Schädel- und Hirnform bei Mensch und Tier.

Einleitend weist *Dräseke* auf die verschiedenen Funktionen des Schädels bei den wichtigsten Säugergruppen kurz hin, wie z. B. der Schädel dazu dient, das große verschieden geartete Gebiß (Carnivoren, Ungulaten), die mächtig entwickelte Nase (Ungulaten) und auch die Verteidigung in Gestalt von Horn und Geweih zu übernehmen. Nur etwa $^1/_3$ seiner ganzen Bildung dient dem Cavum, welches das Gehirn aufnimmt. In der Gruppe der Säugetiere bis zum Menschen ändern sich diese Verhältnisse. Das Geruchsorgan geht merklich zurück, ebenso das Gebiß und mit der Schädelhöhle wächst das Gehirn, hier bestehen beachtenswerte Korrelationsverhältnisse.

An einer Reihe von Schädelbildern mit dem topographisch eingezeichneten Gehirn, die dem Handbuch der Anatomie von *Flatau* und *Jacobsohn* entnommen sind, wird dies im Lichtbild gezeigt.

Zum Menschen sich dann wendend zeigt *Dräseke* zwei Arten von Schädelumformungen an der Hand einer Reihe von Lichtbildern:

I. Die künstlich erzeugten Umbildungen der Schädelform und

II. die durch krankhafte Prozesse herbeigeführten Umgestaltungen.

I. Zur Erläuterung der künstlichen Umformungen werden im Lichtbild Inka-Schädel gezeigt, deren Umgestaltungen sich der Hauptsache nach in drei Richtungen bewegten; erstens durch Abflachung der Stirn, durch eine so bedingte Längergestaltung des Schädels, wodurch das Gebiß naturgemäß weiter nach vorn vorgeschoben wird. Zweitens wurde versucht, durch Druck auf die Stirn und auf den Hinterkopf den Schädel zu einem Hochschädel zu gestalten und drittens wurde angestrebt, den Schädel etwa kubusartig zu formen. Welche Beweggründe hierzu vorgelegen haben, wird wohl immer unklar bleiben. Hypothesen zur Erklärung werden angeführt, aber befriedigen nicht.

Bei den Inkas hat man die Umformungen fast ausschließlich am männlichen Geschlecht vorgenommen. Ob die Träger solcher Schädel darunter intellektuell gelitten haben, weiß man nicht.

In Frankreich wurden aus ebenfalls unbekannten Gründen bei gewissen weiblichen jugendlichen Personen in recht komplizierter Weise Schädelumformungen vorgenommen. Hier will man Schädigungen des Intellektes wahrgenommen haben, Trägerinnen solcher Schädel sollen oft Insassen von Armen- und Pflegeanstalten, von Irrenanstalten geworden sein; darum wurden dort diese Manipulationen verboten.

Zweitens zeigt der Vortragende eine Reihe von Schädeln und auch Gehirnen im Lichtbild, die in ihrer Entwicklung, die durch krankhafte, frühzeitige Prozesse (Nahtverknöcherung usw.) so von der Norm abweichen, daß man von Hoch- und Turmschädeln usw. sprechen kann. Wie stark hier eine Beeinflussung der Entwicklung der intellektuellen Fähigkeiten eintritt oder auch nicht, muß von Fall zu Fall gewertetwerden.

Anschließend zeigt *Dräseke* noch 4 Lichtbilder und zwar 2 aus der chinesischen und 2 aus der japanischen Anatomie, die den Menschen im Medianschnitt darstellen. Die topographischen Bilder geben manches Bemerkenswerte über Anatomie und physiologische Tätigkeit der Organe.

3. *H. Korbsch*-Münster i. W.: **Das Matrix-Problem der von Recklinghausenschen Krankheit.**

Allgemeines über die von Recklinghausensche Krankheit: Definition. Besprechung der verschiedenartigen Lokalisation der „Neurofibrome" an Hand von Photogrammen aus dem reichhaltigen klinischen und anatomischen Material der Münsterschen Klinik (die von Recklinghausensche Krankheit scheint in Westfalen häufig vorzukommen).

Das Matrix-Problem der „Neurofibromatose": Die Histologie der „Neurofibrome". Die Theorie der mesodermalen und der ektodermalen Genese.

Beschreibung eines Kleinhirnbrückenwinkeltumors, der neben ausgesprochen neurinomatösen Partien auch neurozytomatöse und Übergangspartien beider enthielt. Rückschlüsse aus der Morphologie dieser Geschwulst auf das Matrix-Problem der „Neurofibromatose", auf die Genese der Geschwulste des Nervengewebes überhaupt und die des Nervengewebes selber.

5. *Meyer*-Hildesheim: **Ein neuer Weg klinischer Blutuntersuchung mit Hilfe der Guttadiaphotmethode.**

Nach einigen Einführungsworten beschreibt Vortragender das Instrument der Guttadiaphotmethode, mit dem man in einfachster Weise untersuchen kann, ob das Blut eines Menschen krank oder gesund ist. Dies Instrument besteht aus einem Papprahmen, über dessen Fenster drei verschieden gefärbte (Farben werden angegeben) Taststreifen aus chemisch reinem Filtrierpapier befestigt sind. Nachdem man mit einer kleinen Rekordspritze aus einer Vene etwas Blut entnommen hat, läßt man auf jeden dieser Taststreifen einen ausreichenden Tropfen Blut tropfen. Während des Eintrocknungsvorganges strömt in den feinen Kapillaren des Papiers Serum peripherwärts ab und kommt mit der in den Kapillaren verteilten Farbe in Verbindung. So kommt der kapillaranalytische Vorgang zustande und dadurch bildet sich die für gesundes oder krankes Blut charakteristische Randzone (Corona), je nachdem das ausströmende Serum Zellen mitgenommen hat oder nicht. Es hat sich nämlich gezeigt, daß das ausströmende Serum des gesunden Blutes Erythrozyten mitreißt und sie peripher ablagert. Diese abgelagerten Zellen erscheinen im durchfallenden Licht als dunkle Linie und geben in dieser dunklen Randlinie uns das Merkmal für „gesundes Blut". Beim „kranken Blut" fehlt diese dunkle Randlinie, weil nach Ansicht des Vortragenden das „kranke" Serum infolge seiner kolloidalen Eindichtung das Mitströmen von Zellen nicht zuläßt. Es erscheint in diesem Falle eine aufgehellte, leuchtende Corona ohne Randlinie = reines Serum ohne Zellbeimischung. Damit glaubt Vortragender auch erklären zu können, warum z. B. bei Nervenlues manchmal die WaR. negativ ist, während das Guttadiaphot oft noch positiv anzeigt, nämlich insofern, als bei der WaR. lipoide Veränderungen von Zellen + Krankheitsvirus den positiven Ausschlag geben, während das Guttadiaphot auch noch das krankhaft veränderte Serum (ohne Zellen) nachweist. Es kann nun also bei einer Nervenlues der Zeitpunkt eintreten, wo im Blut weder kranke Zellen noch aktives Krankheitsvirus mehr vorhanden sind, wo dagegen in der Nervensubstanz noch ein Krankheitsherd besteht, der

naturgemäß mit dem Blut serum in ständiger Verbindung bleibt und dasselbe nach der kranken Seite hin alteriert. In solchem Falle wird die WaR. negativ sein, das Guttadiaphot aber noch positiv.

Vortragender erwähnt dann noch die Einwirkung des Salvarsans im Blute und ihre Kontrollmöglichkeit durch das Guttadiaphot. Hatten wir vor der Behandlung ein positives Guttadiaphot, so bekommen wir einen Tag nach der 1. Salvarsanspritze ein negatives Tropfbild; 2—3 Tage später aber schon wieder ein positives.

Zum Schluß demonstriert Vortragender einige originalgetreue Projektionsbilder (durch Diapositive) von Tropfbildern vom gesunden und kranken Blut (Lues, schwere Tuberkulose, Anaemie, perniciöse Anaemie, Leukaemie).

6. *Loewenthal*-Braunschweig: Über Neuro-Dermato-Myositis. Vortragender hat innerhalb der letzten 3 Jahre zwei ausgeprägte Fälle dieser Krankheitsform und vier abortive Fälle gesehen, die er als Neuro-Dermato-Myositis bezeichnen möchte. Ein Fall ist unter diesem Namen beschrieben von *Rosenthal* und *Hoffmann* aus der Breslauer Haut- und Nervenklinik. Es handelt sich hierbei um eine Verhärtung der Haut, des Unterhautzellgewebes, der Muskulatur, mit starker Druckempfindlichkeit der befallenen Partien und teilweise auch des Nervenstämme. Zuweilen sind auch Reflexstörungen und Sensibilitätsänderungen vorhanden. Kennzeichnend ist der chronische intermittierende Verlauf und die Heilbarkeit durch Einspritzungen mit Neuroiatren oder auch Ameisensäure. Dann werden noch vom Vortragenden Krankheitsbilder zum Vergleich herangezogen, die aus älterer Zeit stammen („Neuromyositis" von *Senator*, „Dermatomyositis" von *Oppenheim* beschrieben), und aus neuerer Zeit („Sklerödem" von *Buschke*, „Dermatomyositis" von *v. Frisch*).

7. *Rehm*-Bremen: Klecksbildererklärung durch Geisteskranke. Angeregt durch die früheren Versuche von *Rorschach*, dann von *Pfister* und *Löpfe* wurden an einer Zahl von Gesunden und von über hundert Geisteskranken, welche wahllos herangezogen wurden, Untersuchungen mit vom Vortr. hergestellten Klecksbildern gemacht. Die Bilder wurden mit verschiedenfarbiger Tusche hergestellt, doch war jedes immer nur von einer Farbe. Jeder Untersuchte wurde bei jedem von den vorgezeigten sieben Bildern gefragt: „Was sehen Sie?" „Was stellen sie sich darunter vor?" „Wie gefällt Ihnen die Form?" „Wie gefällt Ihnen die Farbe?" Das Resultat war klinisch folgendes: Die psychomotorisch Erregten, im wesentlichen die erregten Manischen, weniger die gehemmten Manischen und die gehemmten Depressiven, je nach dem Grade der Hemmung, zeigten sich anregbar, einfühlend, farben- und formfreudig. Lebhafte Phantasie bewiesen die psychomotorisch erregten Manischen. Die Schizophrenen waren form- und farbensteril. Bei den Schizophrenen, welche in das chronische Stadium affektiven und assoziativen Zerfalls eingetreten waren, näherten sich die Reaktionen mehr den Normalen. Eine Gruppe von Schizophrenen reagierte ausgesprochen im Sinne von Assoziationen, welche an körperliche Organe gebunden waren. Letzteres wurde allerdings auch bei einzelnen Fällen anderer klinischer Gruppen beobachtet, immerhin nur sehr vereinzelt, insbesondere bei Zwangsvorstellungen. Delirante Fälle, im wesentlichen Manisch-Depressive, zeigten in ausgesprochenem Maße kinästhetische

Reaktionen neben starker Einfühlung in Form und Farbe, ferner die Neigung zu Symbolisierung, meist in mystischem Sinne. — Die Methode ist geeignet, eine sehr wertvolle und notwendige Ergänzung unseres Inventars zur psychologischen Untersuchung der Kranken zu bilden, fehlte uns doch bisher ein angemessenes Verfahren zur Untersuchung der Einfühlung und der Phantasietätigkeit.

8. *Schackwitz*-Hannover: „Entmündigung u. Kurpfuscherei", (Referat nicht eingegeangen.)

8. *Kahle*-Langenhagen: Zur körperlichen Entwicklung jugendlicher Geistesschwacher.

Neben den allgemeinen Methoden der körperlichen Untersuchung wurden besonders das weiße Blutbild und die Form der Kapillaren am Nagelfalze im Laufe eines Jahres fortlaufend untersucht. Die gewonnenen Zahlen der Blutuntersuchung werden in Kurven demonstriert, die die wechselnden Verhältnisse bei Idioten im Laufe ihres Lebens zeigen. Auffallend sind besonders die hohen Gesamtzahlen der Leukozyten im jugendlichen Alter mit absoluter und relativer Neutrophilie, das schnelle Absinken der Gesamtzahlen um das 6. Lebensjahr mit relativer Neutrophilie und die starken Schwankungen des absoluten und relativen Zahlen besonders bei Fällen tiefstehender Idioten, die bei Serienuntersuchungen deutlich werden. Vielfach persistieren auf Jahre hinaus Verhältnisse, die dem Blutbild der ersten Lebensmonate normalerweise eigentümlich sind.

Die Untersuchung der Kapillaren am Nagelfalze in der gleichen Zeit zeigt besonders bei jungen Geistesschwachen Formen, die nach der *Hoepfner*schen Auffassung zumeist in das Gebiet der Pseudo(meso)neokapillaren zu rechnen sind, und die größtenteils im Alter von 5 und 6 Jahren eine Ausprägung erfahren haben, die sie wohl plumper und undifferenzierter, sonst aber den wahren Neokapillaren recht ähnlich erscheinen läßt.

Durch die Anwendung beider im Einzelfalle oft unsicherer Untersuchungsmethoden in größerem Umfange (325 Insassen der Anstalt Langenhagen im Alter von 2—70 Jahren wurden untersucht) läßt sich eine weitgehendere Typisierung der auf den ersten Blick oft unscharf begrenzt erscheinenden Gruppen der Idiotie erreichen.

9. *Rapmund*-Hildesheim: „Zur Kasuistik der Chorea Huntington".

Der vorgeschrittenen Stunde wegen beschränkte sich der Vortr. darauf, einen bis ins vorige Jahrhundert zurückverfolgenden Huntington-Stammbaum zu demonstrieren. Angesichts der Tatsache, daß der vierten Generation eines Zweiges dieses Stammbaumes von 8 Kindern 5 an Chorea, eines an dementia praecox erkrankt waren, wurde auf die Notwendigkeit hingewiesen, durch Aufklärung die Fortpflanzung solcher belasteten Familien tunlichst zu verhindern, ein Standpunkt, der in der Diskussion nicht allseitige Zustimmung fand.

Alber-Braunschweig.



Kleinere Mitteilungen.

Die Notwendigkeit der Beschaffung alkoholfreier Getränke in den Anstalten für Geisteskranke, Schwachsinnige, Trunksüchtige, Epileptiker, Psychopathen und andere Alkoholintolerante hat den Herausgeber bewogen, die beiden nachstehenden Aufsätze zu veranlassen.

Die Bedeutung der gärungslosen Früchteverwertung für Ernährung und Volkswirtschaft.

Von

Professor Dr. phil. R. Neubert in Dresden.

Weshalb erstreben wir die gärungslose Verwendung des Obstes? Was ist das wertvollste am Obst? Es sind 1. die Zucker (Fruchtzucker, Traubenzucker), 2. die Eiweißstoffe, 3. die Mineralstoffe, 4. die Ergänzungsstoffe. Woher nimmt die Pflanze bzw. wie kommen diese Stoffe in die Früchte hinein? Der Erdboden, in dem die Pflanze wächst, enthält doch keinen Zucker und auch kein Eiweiß. Der Vorgang läßt sich kurz folgendermaßen skizzieren. In der atmosphärischen Luft, die uns umgibt, ist Kohlensäure, Kohlendioxyd (CO_2) enthalten. Dieses Gas nimmt die Pflanze mit ihren Blättern auf, trennt kurzerhand das Kohlenstoffteilchen von den beiden Sauerstoffteilchen, behält das Kohleteilchen (C) in den Zellen, gibt aber die beiden Sauerstoffteilchen (O_2) als für sie selbst unverwendbar an die Atmosphäre zurück. Das behaltene Kohleteilchen verschmilzt die Pflanze mit dem aus dem Boden mit Hilfe der Wurzeln aufgenommenen Wasser (H_2O). So entsteht in den Blattzellen die chemische Verbindung CH_2O. Diese Verbindung wird rasch hintereinander in 6 Portionen hergestellt, die untereinander zu einer höhern Einheit verbunden werden. So entsteht der Stoff $C_6H_{12}O_6$: Zucker. Aber nur die Pflanzen vollbringen das Kunststück, die grüne Blätter haben, und nur sofern die Sonne scheint. Sonnenlicht ist eine Kraftquelle! Was uns als Licht zum Bewußtsein kommt, sind gewaltige elektro-magnetische Schwingungen, die von der Sonne ausgesandt werden. Ähnlich wie der Detektor eines modernen Radioapparates die elektrischen Wellen eines Rundfunksenders auffängt und die aufgefangene Energie in andere Form bringt, so daß sie uns zum Bewußtsein kommt, so fangen die in den Blattzellen sitzenden Blattgrünkörperchen die elektro-magnetischen Lichtwellen auf, bannen die in ihnen enthaltene Energie und speichern sie im Zucker auf.

Es ist der Pflanze ein leichtes, aus dem einmal gewonnenen Zucker allerlei andere Stoffe herzustellen: Stärke, Fett, Zellstoff und unter Hinzunahme des Stickstoffes auch das Eiweiß. Bringen wir Zucker oder Stärke

in unsern Körper, so gelangen diese Stoffe alsbald ins Blut und werden dort verarbeitet, und zwar im genau umgekehrten Sinne wie in der Pflanze. Der Zucker wird zerlegt in Kohlenstoff und Wasser, der Kohlenstoff wird wieder mit Sauerstoff, den wir beim Atmen aufnehmen, verbunden, und so entseht wieder Kohlendioxyd (CO_2) und Wasser (H_2O). Beide Stoffe atmen wir aus oder scheiden sie sonst aus dem Körper ab. Bei dieser Zurückverwandlung des Zuckers wird die aufgespeicherte Sonnenenergie wieder frei, sie kommt unserm Körper zugute als Wärme; darauf gründen sich unsere Zellfunktionen. Daß wir leben und schaffen können, verdanken wir der aufbauenden Arbeit der grünen Pflanzenzellen. Jedes Körnchen Zucker, Stärke, Fett usw. ist also ein Schatz für uns. Und gerade der Zucker im Obst, in Beeren aller Art, ist eine hervorragende Kraftquelle.

Was aber geschieht, wenn man die Säfte der Früchte (Erd-, Stachel-, Johannisbeeren, Weintrauben, Äpfel usw.) vergären läßt? Die Vergärung erfolgt bekanntlich durch einen Pilz, den Hefepilz. Dieser Pilz scheidet durch seine Lebenstätigkeit einen Stoff ab, Zymase genannt, der die Eigenschaft hat, den Zucker zu zerstören, zu zerspalten.

$C_6H_{12}O_6$ wird durch Zymase zerlegt in $2\,CO_2 + 2\,C_2H_5OH$ d. h. Zucker wird durch Zymase zerlegt in in 2 mal Kohlendioxyd + 2 × Alkohol.

Dabei wird nun die im Zucker aufgespeicherte Sonnenkraft auch mit frei, die gärende Flüssigkeit erwärmt sich. Davon aber hat niemand einen Vorteil, nur der Hefepilz. Das Kohlenoxyd kehrt zurück in die Atmosphäre. Der bei der Gärung mit entstehende Alkohol enthält zwar, da er noch zu Wasser und Kohlendioxyd (durch Verbrennung) werden kann, noch einen Teil der ursprünglichen Sonnenenergie. Davon machen wir Gebrauch beim Brennspiritus. In unserm Körper kann diese Energie aber nicht ausgenützt werden. Zahlreiche Versuche haben bestätigt, daß die bei der Verbrennung des Alkohols in unserm Körper entstehende Wärme dem Körper nichts nützt.

Um die Kraft des Zuckers uns zu erhalten, treten wir ein für gärungslose Früchteverwertung. Viele Früchte enthalten nun neben dem Zucker auch Säuren. In sehr sauren Säften wachsen die Hefepilze schlecht. Deshalb gießen viele zu den sauren Säften Wasser, oft viel Wasser. Dadurch wird natürlich die Säure verdünnt. Aber nun enthält der Saft zu wenig Zucker. Deshalb kauft man für teures Geld andern Zucker, der aus Zuckerrüben gewonnen ist (der aber natürlich auch Sonnenenergie enthält), werfen diesen Zucker in den Saft und setzen nun Hefe hinzu, damit auch dieser Zucker in CO_2 und Alkohol verwandelt werde. Es gibt eine große Anzahl von Heferassen. Jede hat ihre Besonderheiten in ihrer Lebensweise. Darauf beruht es, daß die hergestellten Getränke verschiedenen Geschmack haben. Aber eins haben die Pilze alle gemeinsam: sie fressen den guten Zucker aus den Säften fort und lassen nur einen Rest übrig.

Nach den Angaben des Statistischen Jahrbuches für das Deutsche Reich wurden z. B. in den Brennereien verarbeitet in einem Jahre 407 000 hl Kernobst und 224 000 hl Steinobst.

Das ist aber nur ein kleiner Teil, denn die Hauptmasse des Beeren- und Obstweines wird in den einzelnen Haushaltungen, z. B. von den Schrebergärtnern hergestellt. Es mag zur Entschuldigung immerhin gesagt sein, daß die Methoden der gärungslosen Früchteverwertung noch verhält-

nismäßig neu sind. Es gibt aber heute auch Methoden, die allen Anforderungen entsprechen. Darum muß die Forderung lauten: Fort mit der Vergärung unseres Obstes; der Nährwert unserer Früchte muß uns erhalten bleiben.

Die Technik der Süßmostbereitung.

Von
Rudolf Gamp,
Obstverwertungstechniker der Höheren Staatslehranstalt für Gartenbau in Pillnitz (Elbe).

Die geringe Haltbarkeit der Obstsäfte wird bedingt durch Zersetzungserscheinungen, die durch Hefepilze, Bakterien sowie Schimmelpilze verursacht werden. Der Technik der gärungslosen Früchteverwertung fällt die Aufgabe zu, durch geeignete Verarbeitungsmaßnahmen das Auftreten solcher Abbauvorgänge zu vermeiden und auf diese Weise die hohen Nähr-, Gesundheits- und Genußwerte der Früchte zu erhalten.

Die Gewinnung der Obstrohsäfte erfolgt durch Zerkleinerung des gewaschenen Obstes in Obstmühlen und folgender Auspressung des zerkleinerten Obstes (der Obstmaische) in Obstpressen entweder mit Hand- oder mit Kraftbetrieb (hydraulische Pressen). Bei der Ausführung der Haltbarmachung der Rohsäfte können die Kaltentkeimung wie die Warmentkeimung angewendet werden.

Bei der Kaltentkeimung wird der Obstsaft auf mechanischem Wege durch Herausfilterung der Keime unter Anwendung des Entkeimungs-(E.-K.)-Filters der Seitz-Werke, Bad Kreuznach, keimfrei gemacht. Diese Entkeimungsapparate bestehen im wesentlichen aus einer je nach Größe des Apparates verschiedenen Anzahl von Filterkörpern, die auf einem Gestell ruhen und zwischen die sehr feinporige Filterplatten eingeschaltet sind. Beim Hindurchtreten des Saftes durch den Apparat infolge Eigen- oder Pumpendruckes halten diese Filterplatten sämtliche Keime bis zu 0,0005 mm zurück, so daß der aus dem Filter heraustretende Saft praktisch keimfrei ist. Da nun aber die frisch gekelterten Obstsäfte sehr viele Schleimstoffe sowie auch feinere und gröbere Trubstoffe enthalten, wodurch die feinen Poren der Filterplatten sehr schnell verstopft würden, muß der Saft eine entsprechende Vorbehandlung erfahren, denn er darf nur blitzblank auf den E.-K.-Filter gebracht werden. Diese Vorbehandlung besteht in der Entschleimung und der Vorfiltration. Bei der Entschleimung oder dem Schönen werden dem Saft in einem bes. Schönungsbehälter bestimmte durch einen Vorversuch ermittelte Mengen der Schönungsmittel Tannin und Gelantine in gelöstem Zustande zugesetzt, die sich verbinden und ein Ausflocken bewirken. Die Schönungsflocken reißen bei ihrem Niedersinken die Schleim- sowie auch feinere Trubstoffe mit zu Boden, so daß der klare Saft von dem Trub abgelassen werden kann. Die nötige scharfe Klärung wird durch die folgende Vorfiltration mit gewöhnlichen Filtern erreicht. Voraussetzung für ein erfolgsicheres Arbeiten ist die peinliche Innehaltung der aseptischen Maßnahmen, welche darin bestehen, daß der E.-K.-Filter mit Heißdampf oder 2%iger Lösung von schwefliger Säure keimfrei gemacht wird, ebenso auch die Zuleitung zu den Holzfässern oder Aluminiumtanks. Die Lagerbehälter, die Faßaufsätze mit

Luftfiltern besitzen, werden mittels des Schwefeldosierungsapparates Fulgur der Seitzwerke eingeschwefelt. Durch mindestens 24stündige Einwirkung des Schwefelgases wird eine sichere Entkeimung der Fässer und Tanks erzielt. Der Schwefel wird vor Einfüllen des Saftes mit sterilem Wasser herausgespült, so daß hierauf die keimfreie, Füllung der Lagerbehälter erfolgen kann. Die Entkeimung der Lagerbehälter kann auch mit Heißdampf erfolgen. Der Faßabschluß ist keimfrei, da die eindringende Luft beim Hindurchtreten durch den Luftfilter entkeimt wird. Nach mindestens 8wöchiger Lagerung kann der Saft, der sich inzwischen weiter ausgebaut hat, mit dem E.-K.-Filter auf Flaschen abgefüllt werden. Der Filter wird wieder in oben beschriebener Weise entkeimt. Die Flaschen werden nach gutem, mindestens eintägigem Einweichen in heißer Sodalösung mit einer Flaschenspülmaschine gereinigt und vor dem Füllen an dem Flaschenrad Stella (Seitz-Werke) mit Lösung von schwefliger Säure ausgespült, somit keimfrei gemacht. Der Verschluß der Flaschen erfolgt mittels einer Korkmaschine mit keimfreien Korken, die einen Tag lang in der genannten Entkeimungsflüssigkeit eingeweicht waren. Wichtig ist ein schnelles, Hand in Hand gehendes Arbeiten in hellen, sauberen Räumen, damit eine Neuinfektion vermieden wird. Dieses Verfahren ergibt einen sehr guten, frischen Obstsaft mit seinen natürlichen Eigenschaften. Jedoch ist es nur für Großbetriebe geeignet.

Auf einfachere Weise und mit geringeren Kosten lassen sich die Fruchtsäfte (Süßmoste) bei der Methode der Warmentkeimung herstellen, wobei die Zersetzungserreger durch Hitzeeinwirkung abgetötet werden. Das einfachste und bekannteste Verfahren dieser Art ist die Dampfentsaftung mit oder ohne Apparate. In vielen Haushaltungen sind die Fruchtsaftapparate der Firmen Weck, Rex, Dreyer u. a. in Gebrauch. Es läßt sich aber sehr wohl die Anschaffung dieser Apparate umgehen.

Zur Dampfentsaftung ohne Apparate sind folgende Gegenstände notwendig: Der Topf irgendeines Sterilisierungsapparates mit Deckel oder ein anderer Topf oder Kessel von etwa 40 cm Höhe und 35 cm Breite, weiterhin ein kleinerer irdener oder Emailletopf mit guter Glasur zum Auffangen des Saftes, ein engmaschiges Tuch (Nesselstoff) und ein weitmaschiges Tuch (Kongreßstoff). Der Topf kommt auf die Feuerung und handhoch heißes Wasser hinein. Auf den Boden des Topfes oder Kessels wird eine Unterlage gebracht (Tuch, Brettstück, Drahtrost oder dergl.) und beschwert. Nun wird der Safttopf eingestellt, der zunächst schwimmt. Folgend wird erst das engmaschige, zur Filtration des Saftes dienende Tuch über den Kessel gelegt und bis etwas unter die Höhe des Safttopfrandes eingestülpt. Nun folgt das weitmaschige, das jedoch nur so weit eingedrückt wird, daß es eine Tuchschüssel bildet. Beide Tücher werden mit einer Schnur um den Kesselrand festgebunden. In die Tuchschüssel kommen lagenweise die vorbereiteten Früchte und dazwischen schichtweise der Zucker. Der Zuckerzusatz ist nach Fruchtart verschieden und beträgt im Mittel 120 g auf je kg. Früchte. Über die Früchte wird ein Pergamentpapier gelegt, das etwas über den Kesselrand übergreift und eine Verwässerung des Saftes durch kondensierten Dampf sowie auch das Hinzutreten von gelöstem Zink bei Zinkdeckeln vermeidet. Der Deckel wird leicht aufgelegt und jedes Tuch für sich über dem Deckel kreuzweise zusammengebunden. Zunächst hält man starkes Feuer, bis

Dampf zu entweichen beginnt, mildert es hierauf, so daß nur wenig Dampf entweicht und nicht zuviel Aromastoffe verloren gehen. Die Entsaftungszeit beträgt 90 Min. vom Beginn des Dampfentweichens an gerechnet. Nach Beendigung der Entsaftung wird die Schnur gelöst und der Deckel mitsamt Tüchern und Früchten abgehoben und zum Abtropfen in eine Schüssel gelegt. Der Saft wird noch heiß in saubere, in heißem Wasser entkeimte und vorgewärmte Flaschen eingefüllt, mit gebrühten oder gedämpften Korken verschlossen und in einer Kiste oder Korb auf den Kopf gestellt oder auf ein Gestell gelegt. Nach etwa 1 Stunde, nach einiger Abkühlung der Flaschen und Abtrocknen der Korke, erhalten die Flaschen durch Eintauchen des Flaschenkopfes in flüssiges Paraffin einen luftdichten Abschluß und halten sich nun, bei sorgfältiger Arbeit auf Lager gebracht, beliebig lange. Zum Verschließen der Flaschen benutzt man die Haushaltungskorkmaschinen aus Holz. Die Auslagen für die Tücher und die Korkmaschine betragen etwa 4—5 RM. Alles andere dürfte in jedem Haushalt vorhanden sein.

Sobald es sich aber darum handelt, eine größere Menge von Saft in Flaschen zu pasteurisieren, ist die Anschaffung der Kleinkelter Mostmax der Fa. Kaltenbach, Lörrach zu empfehlen (etwa 140 RM.). Der Mostmax vereinigt Mühle und Presse in einem Arbeitsgerät und läßt eine verhältnismäßig hohe Saftausbeute erzielen. Der hierbei gepreßte Saft wird bis 2 Korklängen vom Flaschenrand in die gut gereinigten Flaschen gefüllt. Die gefüllten Flaschen können entweder offen oder geschlossen erhitzt werden. In ersterem Falle werden die gefüllten Flaschen in einen Sterilisiertopf oder Waschkessel auf eine geeignete Unterlage zum Schutze gegen Zerspringen eingestellt und bis auf 75° C erhitzt. Die Temperatur wird durch Einhängen eines Thermometers festgestellt. Nach Erhitzung auf die gewünschte Temperatur werden die Flaschen aus dem Wasserbade herausgenommen und im übrigen in derselben Weise weiter behandelt wie bei dem Dampfentsaften. Im anderen Falle werden die gefüllten Flaschen vor der Erhitzung verkorkt und in das Wasserbad eingestellt. Es bleibt lediglich eine Flasche zur Feststellung der Temperatur geöffnet. Die verkorkten Flaschen werden überbunden oder erhalten einen Flaschenschuh (Korkhalter), damit die Korke infolge des entstehenden Druckes nicht herausgeschleudert werden. Auch hier ist die weitere Behandlung nach erfolgter Erhitzung auf 75° C. dieselbe wie oben. In ähnlicher Weise kann der Saft in Korbflaschen pasteurisiert werden, wobei eine 50 l Flasche bis auf 2 l Luftraum etwa gefüllt wird, kleinere Flaschen entsprechend weniger. Mit der Umhüllung werden die Flaschen unverschlossen in einen Waschkessel gestellt; nackte Flaschen werden in einen passenden Korb eingestellt und mit Holzwolle ausgefüttert. Nach erfolgter Erhitzung werden die Korbflaschen aus dem Kessel gehoben, mit einem passenden, gedämpften Kork verschlossen und auf den Kopf gestellt und mit Säcken oder Tüchern umhängt. Nach einiger Zeit erhalten die Korke den Paraffinüberzug. Bei späterem Anstich solcher Korbflaschen mit der Baumannschen Anstichvorrichtung kann ein ständiges Abzapfen von Saft erfolgen.

Die faßweise Herstellung von Süßmost im gewerblichen Betrieb oder in größeren Haushaltungen oder Anstaltsbetrieben geschieht durch Flächenerhitzung mit den sog. Sonnenbornapparaten von Obstbaulehrer Baumann, Obererlenbach, die in 2 Typen, als Betriebsapparat in Scheiben-

form (80 RM.) und als Haushaltsapparat in Glockenform (60 RM.) hergestellt werden. Bei beiden Formen ist die Arbeitsweise im Prinzip die gleiche. Der Kaltsaft gelangt durch die Zulaufleitung aus dem Kaltsaftbehälter in die Hohlscheiben bzw. in den glockenförmigen Hohlmantel der betr. Apparate. Beim Durchfließen dieser Apparateteile wird der Saft sehr schnell auf 75° C. erhitzt. Diese Temperatur muß ein an der Ablaufröhre befindliches Thermometer ständig zeigen. Die Erhitzung erfolgt mithin in zirkulierendem Strome, so daß eine Saftstockung und somit eine örtliche Überhitzung, die gleichbedeutund mit der Entstehung von Kochgeschmack ist, vermieden wird.

Die Überleitung des Saftes in Fässer oder Korbflaschen erfolgt durch eine Schlauchleitung, die nahe des Thermometers durch eine eingeschaltete Glasröhre als Schauglas zur Beobachtung des Saftlaufes unterbrochen ist. An der Anfangsstelle des Schlauches befindet sich ein Quetschhahn, so daß der Saftlauf dem Thermometerstande entsprechend reguliert werden kann. Eine Entkeimung der Apparate und Fässer mit schwefliger Säure ist bei der Warmentkeimung nicht notwendig. Die Fässer werden vor der Füllung nach vorausgegangener gründlicher Reinigung mit heißem Wasser ausgebrüht und vorgewärmt. Die gefüllten Fässer erhalten einen keimfreien Abschluß mittelst einer doppelt-U-förmig gebogenen Glasröhre, die in den aufgesetzten Gummispunden eingesetzt wird. Beide werden vor dem Aufsetzen durch Einlegen bzw. Einstellen in Alkohol entkeimt. Die Entkeimung der eintretenden Luft erfolgt durch 2 Wattebäusche und die in den äußeren U-Schenkel eingefüllte Sperr- und Entkeimungsflüssigkeit (Schwefelsäure). Auf dem Lager klärt sich der Saft bis zu einem gewissen Grade und baut sich weiter aus. Vor der späteren Abfüllung ist meist eine Filtration des Saftes notwendig, um vollständige Klarheit zu erzielen. Die Abfüllung auf Flaschen erfolgt mit bes. Filtern, die ein automatisches Arbeiten gestatten. Der Vorgang der Pasteurisation verläuft wie schon erwähnt. Zum ständigen Abzapfen vom Faß können diese keimfrei angestochen werden. — Für Haushaltungen wäre noch das Finkhsche Süßmostfaß aus Aluminium zu erwähnen. — Sehr wertvoll sind die eigentlichen Süßmostkorbflaschen, die neuerdings in recht brauchbarer Form mit Ablaßvorrichtung zum ständigen Abzapfen und mit Luftfilter versehen unter Berufung auf diesen Aufsatz von Bezirksgartenbaumeister A. Stumpf, Wolfratshausen in Bayern bezogen werden können (Preis etwa 18 RM.). Warm entkeimter Saft schmeckt voller und abgerundeter, aber nicht ganz so frisch wie kalt entkeimter.

Es wäre wünschenswert, wenn die Süßmoste mehr als bisher bei der Krankenbehandlung nach dem Rat des Arztes berücksichtigt würden, da sie von hohem diätetischen Wert sind und die Gesundungsprozesse wesentlich fördern können. Diese Zeilen möchten anregen, daß der Eigenerzeugung bzw. dem erhöhten Bezug von Süßmost mehr Beachtung geschenkt wird. An der Höheren Staatslehranstalt für Gartenbau zu Pillnitz, der sächsischen Hauptstelle für Süßmostforschung und Süßmostberatung, finden alljährlich Kurse über gärungslose Früchteverwertung statt, bei denen insbes. die Grundlagen und die versch. Verfahren der Süßmostbereitung praktisch und theoretisch behandelt werden. Ebenso werden hier in längeren Lehrgängen Betriebs- und Kursleiter ausgebildet. Von dieser Stelle aus werden auch nach Möglichkeit auf schriftlichen Antrag hin kurz-

fristige Lehrgänge im Lande abgehalten. Weiterhin dient sie der Beratung in allen einschlägigen Fragen.

Im 7. Heft der Fortschritte der Neurologie und Psychatrie von *Bostroem* und *J. Lange* schildert *Erich Stern* in Gießen-Mainz in einem Artikel „Allgemeine Psychologie“ die wesentlichsten Forschungseinrichtungen dieser Wissenschaft. Offenbar hat man es heute in der Psychologie mit einer Vielheit psychologischer Richtungen zu tun, von denen jede der Betrachtungen ein Bild vom Menschen zugrunde legt. Innerhalb gewisser Grenzen haben alle diese Bilder ihre Berechtigung. Man kann den Menschen vom Standpunkt der naturwissenschaftlichen Psychologie aus erforschen. Man kann nach allgemeinen Gesetzen des psychischen Geschehens suchen, wenngleich deren Aufdeckung große Schwierigkeiten macht; ist doch der Mensch ein geistiges Wesen, ein Triebwesen, ist er doch angelegt, sich durchzusetzen, zu behaupten und da, wo Schwächen bestehen, Kompensationen zu schaffen. Keine Richtung wird ein Bild des Menschen liefern können, das ihn allseitig erfaßt, jedes wird aber wertvolle Bausteine zu einer erst noch zu schaffenden Psychologie des Menschen liefern. Das Ziel, schließt Stern, ist eine psychische Anthropologie, in welcher alle einzelnen, sich heute noch feindlich gegenüber stehenden Richtungen irgendwie zur Synthese kommen.

Von besonderer Wichtigkeit ist der Abschnitt: Neuere Untersuchungen über die Pathologie und Therapie der syphilogenen Erkrankungen des Gehirns und des Rückenmarks (lues zerebro-spinalis, lues zerebri, lues spinalis, tabes) von *Franz Jahnel*. *J.*s Referat erstreckt sich ausschließlich auf die neurologische Seite der Nervensyphilis. Da der Primäraffekt sich relativ spät entwickelt, nachdem sich die Spirochäte bereits in Lymphdrüsen und inneren Organen ausgebreitet hat, interessiert die Frage, ob das Zentralnervensystems — etwa dessen Hüllen — schon vor dem Primäraffekt von Spirochäten befallen wird oder erst mit der Entwicklung der sekundären Symptome. Diese Frage ist noch ungeklärt. Die Behauptung, daß die Spirochäten vor dem Primäraffekt vorzugsweise in die Nervenstränge eindringen und in diesen zentripetal wandern, ist nicht richtig, vielmehr sind innerhalb des initialen Syphiloms alle Gewebsbestandsteile wahllos von diesen Parasiten durchsetzt. Die Syphilidologen sehen die Excision der Primärläsion als belanglos an. Jedenfalls hat diese Operation keinen Einfluß auf Verhinderung nervöser Folgen. Die Beziehung der Spirochäte zum Nervensystem beginnt in der sekundären Periode. Stellen sich hier entzündliche Vorgänge an den Häuten des Zentralnervensystems ein, so verändert sich der Liquor. In der Regel läuft diese sehr häufige Form der Nervensyphilis latent, höchstens bestehen subjektive Beschwerden; aber die Erkrankung der Meningen kann aus dem latenten Stadium heraustreten und schwere Formen von Meningitis annehmen, Gummen und Gefäßerkrankungen können entstehen. Schon im frühen Stadium empfiehlt sich Behandlung mit Salvarsan, Quecksilber bzw. Salvarsan-Wismut, vor allem aber auch jetzt schon mit Malaria. Die Malariabehandlung beseitigt schon im 1. und 2. Krankheitsjahr nahezu ausnahmslos die Liquor-Veränderungen, aber auch noch in längeren Abständen von der Infektion — dann aber nicht so sicher (bei kongenitaler Lues ist der Liquor schwer zu

beeinflussen). Oft schickt man der Frühbehandlung mit Malaria Salvarsan voraus oder schließt es an. Manche Autoren geben während der Malaria-Kur Wismut; Salvarsan soll gleichzeitig mit Malaria nicht angewendet werden, da es die Plasmodien abtötet, also die Infektion mit Malaria verhindert oder vorzeitig unterdrückt. Man kann nun nach der Sanierung des Liquors das Nichtauftreten späterer Tabes oder Paralyse erhoffen, aber nicht voraussagen. Ob diese Erkrankungen trotz früherer Behandlung in gleicher Häufigkeit auftreten, wie bei nicht behandelten Fällen, muß erst weiter geprüft werden. Sollte Tertiana-Immunität spätere Malaria-Behandlung nicht zulassen, so gibt es heutzutage gleichwertige Methoden, die angewendet werden können: Rekurrens, Rattengiftfieber, Quartana; übrigens ist auch tropische Impfmalaria nicht so gefährlich wie natürliche Tropika. — Floride Erscheinungen der Nervensyphilis im engeren Sinne, z. B. akut bedrohliche Meningitiden oder syphilitische Gefäßerkrankungen, werden am besten mit Salvarsan behandelt, von manchen Autoren auch mit Malaria oder einer Kombination des Salvarsan mit Wismut, oder mit Quecksilber. Werden Arsenikalien oder die antisyphilitischen Schwermetalle nicht vertragen, so ist auch heute noch Jodmedikation angezeigt. — Die Domäne der intralumbalen Behandlung (mit Salvarsan, Quecksilber oder Wismut) bilden vor allem die chronischen Krankheitsformen. Aber auch die intravenöse Salvarsanzufuhr bringt das Mittel in genügender Menge an den Krankheitsherd und an die Parasiten heran. Oft wird intralumbale und intravenöse Salvarsanbehandlung miteinander verbunden. — Bei einer Behandlung der Tabes sollen klinischer Stillstand und das Verschwinden aller Liquorveränderungen erstrebt werden. Nach *Leredde* soll man die Salvarsan-Therapie, und zwar in intravenöser Anwendung, bis zur Erreichung dieses Zieles immer wieder vornehmen. Bei manchen Fällen weichen klinische Symptome und serologische Befunde der Therapie sehr rasch, bei anderen nicht. Manche Fälle bleiben trotz positiver serologischer Befunde klinisch stationär, manche schreiten trotz negativer Reaktion weiter. Jedenfalls soll man die Tabestherapie nicht schematisch, sondern individualisierend betreiben. Endolumbale Behandlung der Tabes hatte keine hervorragenden Erfolge. Silber-Salvarsan mit einer Schwermetall-Therapie kombiniert hat bessere Resultate gehabt als reine Quecksilberbehandlung oder Wismutkur. Bei einigen Fällen stiftete die Malaria-Therapie zweifellos Gutes, beseitigte aber natürlich irreparable Degeneration und die dadurch verursachten Ausfallserscheinungen nicht. Man soll aber stationäre, beschwerdefreie Fälle von Tabes ebensowenig behandeln wie schwere Endzustände. Indessen sind manche anscheinend endgültigen Funktionsausfälle, wie lange bestehende Inkontinenz, noch rückbildungsfähig gewesen. Auf lanzinierende Schmerzen und Krisen wirkten sowohl Malaria wie Rekurrens günstig ein.

Einige Autoren haben das aus apathogenen, aber lebenden Luftkeimen bestehende Neosaprovitan A und B auch bei Tabes gelobt, ebenso das Pyrifer, ein intravenös zu verabreichendes Fiebermittel, das aus bakteriellen Eiweißstoffen besteht und aus einem apathogenen, aus Milch gewonnenen Colistamm hergestellt ist. — Zu einem Abschluß ist die Tabes-Therapie noch nicht gelangt.

Nicht unerwähnt sei, daß sich amerikanische Autoren sehr befriedigt über das amerikanische Arsenpräparat Tryparsamid geäußert haben.

Es wird intravenös durchschnittlich in Höhe von 3 g pro dosi 5—6 mal in wöchentlichen Intervallen gegeben und wiederholter Behandlungsturnus in entsprechenden Abständen empfohlen. Augenhintergrund und Gesichtsfeld sind wegen Gefahr einer Opticus-Schädigung sorgfältig zu kontrollieren! *Jahnel* hält weitere Versuche mit diesem Präparat für angezeigt, namentlich wenn Salvarsan schlecht vertragen wird. *G. Ilberg.*

Am 14. d. M. hielt die Vereinigung Südostdeutscher Neurologen und Psychiater im Sanatorium Dr. Kahlbaum zu Görlitz ihre diesjährige Sommertagung ab. Außer ihrem Vorsitzenden, Geheimrat Professor Dr. *Wollenberg*, Breslau, nahmen 40 Mitglieder und Gäste mit Damen an der Versammlung teil. Sanitätsrat Dr. *Kahlbaum* begrüßte die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Tagung mit einer Ansprache, in welcher er zugleich auf die Gründung, Entwicklung und Besonderheit seiner Anstalt einging, speziell auch die günstigen Einflüsse hervorhob, die sich aus der in seinem Sanatorium seit Jahren bestehenden Vereinigung eines offenen Kurhauses und eines ärztlichen Erziehungsheimes mit einer Heilanstalt ergeben, und auf die Besonderheiten in der Behandlung bei Patienten innerhalb einer Privatanstalt sowie auf die daselbst vielfach zur Anwendung gelangenden Beschäftigungsmethoden mit geistiger Betätigung hinwies. Er schloß mit Dankesworten an die im Laufe der vielen Jahre an seiner Anstalt tätig gewesenen Ärzte und gedachte dabei *Pelmans*, der in seinen Memoiren „Erinnerungen eines alten Irrenarztes" seinen Aufenthalt als junger Arzt an der Görlitzer Anstalt in herzlicher Weise geschildert hat. Darauf trug Oberarzt des Sanatoriums Dr. *Krauk* einen Krankheitsfall vor, dessen Behandlung in der Anstalt eben abgeschlossen war. Es handelte sich um einen jugendlichen, von beiden Eltern her cyclothym schwer belasteten Psychopathen, der an schwerer depressiver Verstimmung mit stark paranoider Symptombildung litt, und bei dem man mit seltener Deutlichkeit die endogenbiologische Seite der Krankheit von der psychologischen abgrenzen konnte. Die psychologische Seite erwies sich als nach der Struktur der Neurose aufgebaut und nach diesem Mechanismus wirkend und konnte deshalb nach analytischer Methode erfolgreich angegriffen werden, so daß die paranoide Symptombildung ganz aufhörte, wodurch die Krankheit in eine für den Patienten unendlich erträglichere Form übergeführt wurde.

Im Anschluß an die Sitzung unternahm die Vereinigung einen Rundgang durch das Sanatorium, bei welchem die verschiedenen Erneuerungen und Verbesserungen Beachtung fanden. Zum Schluß der Tagung vereinigte die Teilnehmer in heiterer Geselligkeit ein im Kurhaus eingenommenes Mittagsmahl sowie ein sich daran anschließender Ausflug nach den Jauernicker Bergen. Eigenbericht.

Personalia.

Ernannt: zum außerordentlichen Professor: Dr *Rudolf Thiele*, Privatdozent für Neurologie und Psychiatrie an der Universität Berlin,

ao. Professor Dr. *Max Wertheimer*, Berlin, zum ordentlichen Professor der Psychologie in Frankfurt a. M.,

zum Oberarzt der Heilanstalt Burghölzli in Zürich und zugleich Leiter des kantonalen Inspektorats für Familienpflege Oberarzt Dr. *Friedrich Braun*,

Privatdozent Dr. *Joseph Gerstmann* zu ao. Professor an der Universität Wien,

die erste Assistentin Professor *Bechterews*, Frau Privatdozent Dr. *Raissa Golant-Ratner* zum ordentlichen Professor der Psychiatrie und Leiter der psychiatrischen Klinik in Petersburg,

zum Oberarzt der neuerbauten Landesheilanstalt Neuhaldensleben bei Magdeburg: Abteilungsarzt Dr. *Meyer*-Lüben/Schles.,

zum Direktor der Landesheil- und Pflegeanstalt Zschadraß b. Colditz Obermedizinalrat Dr. *Liebers*,

zum Direktor der Provinzialheil- und Pflegeanstalt Schleswig-Stadtfeld Direktor Dr. *Hinrichs*-Neustadt (Holstein),

zum Direktor der Provinzialheil- und Pflegeanstalt Neustadt (Holstein) Oberarzt Dr. *Walther*, daselbst,

zum stellvertretenden Direktor der Kreis-Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster Oberarzt Dr. *Gottfried Edenhofer*-Ginsburg,

zum Oberregierungsmedizinalrat und Anstalsdirektor der Heil- und Pflegeanstalt Waldheim Regierungsmedizinalrat Dr. *Weicksel*-Waldheim,

zum Oberregierungsmedizinalrat und stellvertretenden Anstaltsdirektor der Heil- und Pflegeanstalt Waldheim Regierungsmedizinalrat Dr. *Eichler*-Zschadraß,

zum Oberregierungsmedizinalrat und stellvertretenden Anstaltsdirektor der Heil- und Pflegeanstalt Hochweitzschen Regierungsmedizinalrat Dr. *Nothaass*-Hubertusburg,

Hofrat Professor Dr *Wagner v. Jauregg* zum Ehrenmitglied der Wiener Gesamt-Akademie der Wissenschaften,

Professor Dr. *Nonne*-Hamburg, zum Ehrenmitglied der Akademie der Wissenschaften in Buenos Aires,

zum Ehrenmitglied der medizinischen Akademie in Buenos Aires Professor Dr. *Alphons Jacob*-Hamburg,

zum Ehrenmitglied der Royal Society of medicine (Sektion of Psychiatry) in England Professor Dr. *Weygandt*, Hamburg.

In Bayern wurden zu Medizinalräten 1. Klasse ernannt: die Oberärzte Dr. *Lössl* und Dr. *Weinberger* in Gabersee, Obermedizinalrat Dr. *Adam*, Oberärzte Dr. *Schleiß v. Löwenfeld*, Dr. *Sendtner*, Dr. *Theobald*, Dr. *Mayr*, Dr. *Papst* in Eglfing b. München, Oberärzte Dr. *Brandl*, Dr. *Schmittmann*, Dr. *Weber* in Haar b. München, Oberarzt Dr. *Wucher* in Deggendorf, Oberarzt Dr. *Reiß* in Mainkofen, Oberärzte Dr. *Caselmann* und Dr. *Fuchs* in Kaufbeuren, Dr. *Maier* in Irsee, Obermedizinalräte Dr. *Korte* und Dr. *Vierzigmann* in Regensburg, Oberarzt Dr. *Küffner* in Bayreuth, Oberarzt Dr. *Faas* in Kutzenberg, Obermedizinalrat Dr. *Faltlhauser* und Dr. *Hermann Müller* in Erlangen, Oberärzte Dr. *Hussel* und Dr. *Heckel* in Ansbach, Obermedizinalrat Dr. *Entres* und Oberarzt Dr. *Föll* in Werneck, Oberarzt Dr. *Josef Müller* in Lohr a. M., Obermedizinalrat Dr *Edenhofer* und Oberarzt Dr. *Hohlf* in Klingenmünster und Oberarzt Dr. *Resch* in Frankenthal (Pfalz).

Die Anstaltsdirektoren Dr. *Schwarz* in Kutzenberg, Dr. *von Höslin* in Ansbach, Dr. *Stoeckle* in Lohr und Dr. *Klüber* in Klingenmünster erhielten die Dienstbezeichnung Obermedizinalrat.

Den Direktoren der Hessischen Heil- und Pflegeanstalten wurde die Amtsbezeichnung Obermedizinalrat verliehen.

Aufgenommen als Privatdozent für Psychiatrie in der medizinischen Fakultät der Universität München Dr. *Hans Luxenburger*-Basel.

Gewählt: Professor Dr. *Aschaffenburg*-Köln zum Dekan der medizinischen Fakultät.

Es habilitierte sich für Psychiatrie Dr. *Hans Strauß*, Assistent an der psychiatrischen Klinik in Frankfurt a. M. (Antrittsvorlesung: Gehirne außergewöhnlich begabter Persönlichkeiten).

Verstorben: Oberarzt Dr. *Wilhelm Kutter*-Kaufbeuren,

Dr. *Alfred Kohler*, früher Direktor der kantonalen Irrenanstalt in Céry,

Geheimer Sanitätsrat Professor Dr. *Otto Binswanger*, früher ordentlicher Professor der Psychiatrie an der Universität Jena,

Geheimer Rat Professor Dr. *Paul Flechsig*, früher Professor an der Universität Leipzig,

Sanitätsrat Dr. *Dubbers*, Direktor der Provinzialheil- und Pflegeanstalt Allenberg b. Wehlau (O.-Pr.),

Geheimer Sanitätsrat Dr. *Gerstenberg*, früher Direktor der Provinzialheil- und Pflegeanstalt Hildesheim,

Dr. *Joseph Szabo*, ordentlicher Professor der Psychiatrie und Nervenpathologie an der Universität Szeged (Ungarn),

Regierungsmedizinalrat Dr. *Viehweger*-Leipzig-Dösen.

Die Tagung der Norddeutschen Psychiater und Neurologen findet vom 19.—20. Oktober dieses Jahres in Bremen statt.

Die diesjährige Tagung der Vereinigung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen findet am 3. November 1929 in Jena statt; Anmeldung von Vorträgen an Professor Berger in Jena, Psychiatrische Klinik.

Der Schweizer Verein für Psychiatrie tagt gemeinsam mit der Vereinigung Südwest-Deutscher Psychiater am 26. und 27. Oktober in Basel. Diskussionsthema: primäre und sekundäre Symptome der Schizophrenie; Referenten: *Bleuler* (Zollikon bei Zürich) und *Mayer-Groß* (Heidelberg). Anmeldung möglichst bezüglicher Vorträge an P. D. Dr. *O. Forel* in *Nyon* (Vaud-Suisse).

Die Veröffentlichung
der nachstehenden Arbeiten erfolgt anläßlich des
40jährigen Bestehens
der Heil- und Pflegeanstalt Emmendingen

Die Entwicklungsstufen der badischen praktischen Anstaltspsychiatrie bis zur Eröffnung der Anstalt Emmendingen und deren 40jährige Tätigkeit.

Von Direktor Dr. **Mathes.**

Die Anstalt Emmendingen liegt inmitten eines prächtigen Parks, der in der Hauptsache eine Schöpfung des Direktors *Haardt* ist, in unmittelbarer Nähe Emmendingens, rund 14 km von Freiburg entfernt. Sie bietet nach Osten und Süden herrliche Ausblicke auf die Riesen des südlichen Schwarzwalds: Kandel, Schauinsland, Feldberg, Belchen und Blauen und nach Westen auf das Kaiserstuhlgebirge und die Vogesen.

Zur Zeit ihrer Erstellung war sie nicht die erste und nicht die einzige Anstalt des Landes. Mit ihrer 47 Jahre älteren Schwesteranstalt Illenau geht sie zurück auf das ehrwürdige Denkmal badischer Irrenfürsorge, die Heil- und Pflegeanstalt Pforzheim, die 1921 nach 599jähriger dankenswerter Erfüllung ihrer vielfältigen Aufgaben aufgelöst wurde. Diese hatte ihren Ursprung in jenem „Haus mit Hofstatt", das die Markgräfin Luitgard von dem „schulthaizzen von Pfortzhain" gekauft und mit ihrem Gemahl, dem Markgrafen Rudolf dem Jungen von Baden, am 25. Juli 1322 „gemachet hat zu aime spital elenden und armen siechen". Es sollte die Keimzelle werden zu dem heute weitverzweigten Organismus der badischen Irrenfürsorge. Über die Geschichte der Anstalt Pforzheim haben *F. Fischer*, *Max Fischer* und *W. Stemmer* eingehend in dieser Zeitschrift schon berichtet. Sie war zunächst nur Hüte- und Bewahranstalt für sozial Invalide aller Art, jedes Geschlechts und Alters. Zucht- und Arbeitshäusler, „alle und jede in hiesigen Landen sich befindende Unbändige, Ungehorsame, Halsstarrige, Böse und Lasterhafte, wie auch verschwenderische und liederliche Haushalter, so der Welt nichts nutzen, sondern andern nur bös Exempel mit Fluchen, Spielen, Müßiggang und der-

gleichen geben"[1]), Waisenkinder, Sieche, Pfründner und Tolle, „welche mit Wahnsinn dergestalt heimgesuchet werden, daß sie, ohne Gefahr derer anderen Menschen, in denen Ortschaften nicht geduldet werden können und daher ohne besondere Aufsicht nicht gelassen werden dürfen"[2]), fanden sich hier, lediglich zur polizeilichen Verwahrung, auf einem engbegrenzten Raum, zum Teil unter einem Dach zusammen, ein Zustand, wie wir ihn im Verlauf der Irrenfürsorgeentwicklung im In- und Ausland vorfinden.

Wenn auch der Gang der Entwicklung der Irrenfürsorge überall ungefähr in gleicher Form und gleichem Tempo verlief, so sind doch in Baden früher als in andern Ländern Maßnahmen zu verzeichnen, die wie Stromschnellen im ruhigen Fluß des Entwicklungslaufes wirken. So bestimmt schon die zuvor genannte landesfürstliche Verordnung „bei gefährlichen Wahnsinnigen soll nicht darauf gesehen werden, ob sie viel oder wenig Vermögen haben"; es konnten also nicht nur arme Kranke Aufnahme finden, sondern auch begüterten Landeskindern war die Möglichkeit gegeben, ihre erkrankten Angehörigen in der Anstalt unterzubringen. Die Aufnahme war abhängig gemacht von einer durch die geistliche und weltlicheBehörde gegebene Schilderung der zur Aufnahme führenden Umstände, die vom Landphysikus bezeugt und von den Oberämtern beglaubigt sein mußte.

Für die einzelnen Unterabteilungen des großen Versorgungshauses wurden genaue Hausordnungen erlassen, von denen uns hier die für das Tollhaus besonders interessieren.

„So viele derer Einwohnerere" heißt es darin, „zu einiger Arbeit zu gebrauchen seind, sollen darzu angehalten werden, doch nach dem Unterschiede des Alters, Geschlechts und derer Leibesgebrechen". Nicht uninteressant ist auch,wie man das Strafen nicht einfach dem Tollwärter nach seinem Gutdünken überließ, sondern auch hierin schon nach psychagogischen Richtlinien verfuhr. „Bei Wahnsinnigen läßt sich wegen der Bestrafung nicht wohl etwas gewisses vorschreiben. Man hat darauf zu sehen, daß sie, so viel möglich, besonders bei ihrem Eintritte in das Haus mit Liebe behandelet und dadurch zu der Unterwerfunge unter die Ordnung gebracht werden. Wan aber diese nicht helfen wil, und sich offenbare Bosheit äuseret, ist auch die Schärfe anzuwenden, vornehmlich aber sich zu erkundigen, worin eines solchen Wahnsinnigen Hauptneigung bestehe, und ihme, wan die sich hervorthuende Umstände hoffen lassen, daß es von gutem Erfolge sein werde,

[1]) Zitiert nach *Stemmer*.

[2]) Landesfürstliche Verordnung vom 11. 5. 1758, zitiert nach *F. Fischer*.

nebst Meldung der Ursache, bis auf seine Besserung, alles das zu entziehen, was ihme nach derselben angenehm sein mögte" „Zucht- und Ehrbarkeit solle im Tollhaus herrschen". „Keinem derer Einwohnerere ist etwas zuzulassen, welches wider die Gotseligkeit und Ehrbarkeit laufet; da dan, besonders bei denen Wahnsinnigen, aller Fleis anzulegen ist, daß sie, soviel es immer sein kann, nach dieser Regel handelen. Keiner von denenselben sol mithin zu dem Zorne gereizet, ein Gespöt mit ihme getrieben, oder sonst mishandelet werden".

Entlassen sollte nur der werden, dessen Gebrechen sehr erträglich und dessen Aufsicht sichergestellt sei.

Nach den Vorschriften für den „Medicus" hatte dieser für Reinlichkeit und gesunde Luft Sorge zu tragen, hatte das Tollhaus täglich zu besuchen und „al sein bestes Wissen anzuwenden, damit die Schmerzen dieser Leidenden gelindert, ihre Kräfte gestärket werden mögen".

1774 erstattete der Karlsruher Hofrat und Physikus Dr. *Jaegerschmid*, der von der Landeswaisenhausdeputation zur Prüfung der Pforzheimer Anstalt aufgefordert war, über die vorgefundenen Zustände Bericht und fügte diesem Verbesserungsvorschläge bei, die ihrer Zeit weit vorauseilten.

So sollten die Kranken nach Geschlecht und nach Krankheitsform getrennt werden; sie seien in Schlafsäle zu verlegen, die regelmäßig und ordentlich zu beheizen und zu belüften seien. „Die nicht ganz Rasenden sollen freien Umlauf haben, ganz Rasende müßten mit dem engen Brustlatz versehen und vermittels dessen an ihre Bettstatt nach Befinden der Umstände mehr oder weniger eng angeschlossen werden". Zur Durchführung dieser freieren Behandlung aber sei nötig, daß in jedem Saal ein Wärter bzw. Wärterin zugegen sei, „um auf die Leute Achtung zu geben und sie gehörig abzuwarten, um dem Arzt von allem gehörig Nachricht geben zu können" [1]). „Es dürfte das wohl", schreibt *Stemmer*, „das älteste Dokument sein, in welchem Einschränkung der Zwangsmittel durch gleichzeitige Personalvermehrung verlangt wird. Die Forderung eines der modernen Wachsaalbehandlung ähnlichen Verfahrens ist wohl geeignet, dem Dr. *Jaegerschmid* und dem Pforzheimer Tollhaus einen dauernden Platz in der Geschichte der deutschen Irrenpflege zu sichern".

Diese *Jaegerschmid*'schen Vorschläge wurden im Lauf der nächsten Jahre durchgeführt. Schon in den 70er Jahren — 20 Jahre vor *Pinel* — fielen die Ketten; an ihre Stelle trat der „englische Brustlatz", der der Beschreibung nach mit der Zwangsjacke identisch war. Daneben waren noch „eine Art Schlafrock aus starkem Zwillch" in Gebrauch,

[1]) Bericht *Jaegerschmidts* vom 14. 5. 1774, zitiert nach *Stemmer*.

an dem die Oberarme mit Riemen befestigt waren, während die Unterarme frei blieben, und Handschuhe, die bewirkten, „daß der Rasende schlechterdings nichts mit der Hand anfassen konnte". Die Kranken suchte man vor Neugier zu schützen; sie durften nicht „gleich wilden Bestien aus Afrika" zur Schau gestellt werden; der Besuch im Tollhaus war verboten.

Selbst „Familienpflege" wurde schon ausgeübt, allerdings noch nicht aus therapeutischen Gründen, sondern nur um der beständigen Überfüllung zu steuern. „Melancholiker" und „Simpelhafte" oder die, „deren Wahnsinn in stillen Blödsinn übergegangen war", gab man in der Stadt in Kost und Wohnung, freilich nur sofern sie „keine Exkurse machten" oder „wie ein Kind traktabel und äußerst manierlich waren". Arbeit wurde als therapeutisches Mittel empfohlen allen, denen „das Geschäft zur Kurierung ihrer Übel möglich ist".

Aber trotz aller Mühe blieb die Irrenfürsorge Stückwerk, so lange sie nur ein unselbständiger Zweig war und nur geübt wurde im Rahmen der allgemeinen polizeilichen Versorgungstätigkeit des Landes. Es ist und bleibt ein Unding, so viele verschieden geartete Aufgaben unter einem Dach und dazu noch an grundverschiedenen Menschen erfüllen zu wollen. Die Geisteskranken aber mußten bei solcher Unterbringungsform natürlich starken Schaden nehmen. Man entschloß sich daher, die große Versorgungsanstalt aufzuspalten: Pfründner wurden schon früher nicht mehr aufgenommen, die Waisenkinder waren ebenfalls schon in Familien untergebracht, nun wurden auch 1804 die Zuchthäusler in die Landesstrafanstalten Bruchsal und Mannheim verbracht und die dort befindlichen Irren gegen sie umgetauscht, während die wenigen Arbeitshäusler noch in Pforzheim verblieben. Gleichzeitig erhielt die Anstalt ihren eigenen Arzt und es sollte jetzt, wie es in einem Bericht des Verwalters *Eisenlohr* vom 22. 7. 1810 heißt, „vorzüglich darauf gesehen werden, daß der Anstalt eine solche Einrichtung gegeben werde, wodurch nicht bloß die Aufbewahrung der unglücklichen Bewohner erreicht, sondern hauptsächlich die Heilung derselben befördert wird".

Die ursprüngliche polizeiliche Bewahrungsanstalt war zur Heilanstalt geworden und ärztlicher Fürsorge unterstellt. Die Irrenfürsorge, seither nur ein mehr oder weniger untergeordnetes Glied, war zum selbständigen Zweig der staatlichen Fürsorgepflicht geworden.

Aber die nach Bau und Einrichtung unzulängliche Anstalt vermochte auch jetzt nicht die Aufgabe zu erfüllen, die ihr als der einzigen Landes-Irren- und Siechenanstalt zufiel, um so weniger, als durch den Reichsdeputationshauptschluß, durch den Preßburger Frieden

und die Mediatisierung Baden nicht unbeträchtlichen Zuwachs an Land und Leuten gewonnen hatte. Da es in jener kriegszerrütteten Zeit zum Neubau einer Irrenanstalt an allem, was dazu nötig ist, fehlte, suchte man dadurch Abhilfe zu schaffen, daß man die Kranken in das Jesuitenkolleg nach Heidelberg verlegte, auch in der Hoffnung, sie dem Lehrzweck der Universität dienstbar zu machen. Dies war ein böser Mißgriff: enge, ungeeignete, dunkle und feuchte Räume innerhalb der Altstadt ohne Feld und Garten, zu dem gedachten Zweck durchaus ungeeignet, zwangen schon nach kurzer Zeit zur Rückverlegung eines Teils der Kranken wieder in die alte Pforzheimer Anstalt. Der Hilfsarzt in der Heidelberger Anstalt, *Christian Friedrich Wilhelm Roller*, gab in Wort und Schrift unermüdlich und nachdrücklich seiner Ansicht Ausdruck, daß die wichtigsten Aufgaben der damaligen Irrenfürsorge, die Erfassung, Behandlung und Heilung der Irren des Landes, zunächst nur erfüllt werden konnten in einer eigens diesem Zweck entsprechend erbauten und eingerichteten Anstalt. „Die Irrenanstalt nach allen ihren Richtungen" (erschienen 1831) und „Grundsätze für die Errichtung neuer Anstalten" (erschienen 1838) enthüllten die seiner Zeit weit vorauseilenden Ansichten und Pläne dieses großen Organisators des Irrenwesens. 1842 wurde die Anstalt Illenau nach seinen Plänen in Form der Korridorbauten erstellt nach einem System, das man die relativ verbundene Heil- und Pflegeanstalt nannte, wobei aber gerade in Illenau die Verbundenheit von Anfang an besonders starken Ausdruck fand. Hier fanden *Rollers* Ideen praktische Gestaltung. Schon 1831 hatte er über Zwang und körperliche Züchtigung „aus voller Überzeugung das anathema sit" — 8 Jahre vor *Conolly* — ausgesprochen. Im familiären Leben, das den Kranken in der Anstalt geboten wurde, in der liebevollen Vertiefung in jedes einzelnen Psyche, in der Milieuwirkung im weitesten Sinn (Arbeit, Turnen, Musik, Unterhaltung) sah *Roller* wichtige Faktoren therapeutischen Wirkens. In der klaren Erkenntnis, daß die Anstaltsbehandlung, wenn auch der wichtigste, so doch nicht der einzige und abschließende Teil der heilenden Arbeit an Kranken sei, trat er schon früh für den weiten Aufgabenkreis sozialer Psychiatrie ein. Die Entlassenenfürsorge nach der materiellen Seite: geldliche Unterstützung, Besorgung von Lebensmitteln, Brenn- und Heizmaterial usw., sowie nach der Seite der geistigen Fürsorge im weitesten Sinne: Belehrung des Publikums über Wesen der Geisteskrankheit und deren Verhütung und über den Umgang mit Kranken, wurde von ihm und seinen Ärzten angestrebt und ausgeübt. Viele seiner in den 1874 erschienenen „Psychiatrischen Zeitfragen" niedergelegten Ge-

danken und Anregungen sind erst viel später Gemeingut der Irrenärzte geworden und zur Ausführung gelangt. „In seiner Wissenschaft bezeichnet er eine Epoche, welche die von ihm festgestellten Grundsätze für praktische Irrenpflege als Richtschnur kommenden Geschlechtern überreichen wird“, sagt *Hergt* von ihm. Und seine Schöpfung, die Heilanstalt Illenau, „ist das Vorbild für viele geworden und kaum möchte eine andere über die Grenzen Deutschlands mehr Ruhm gewonnen, kaum mehr Kranke verpflegt und mehr Ärzte ausgebildet haben“ (aus dem Vorwort zum 23. Band der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie).

Dem Mitarbeiter und späteren Nachfolger *Rollers*, *Hergt*, von dem *Schüle* sagt, daß kein Irrenarzt je über eine solche Erfahrung verfügt habe, verdankt die Anstaltspsychiatrie wertvolle Bereicherungen. 1877 schrieb *Hergt* in einem Aufsatz über die Behandlung von Seelenstörungen Gedanken nieder, die heute ganz modern anmuten. Er warnte vor dem therapeutischen Sichgehenlassen in dem Vertrauen auf den Mechanismus der Anstalt, empfahl und übte stets engste Fühlungnahme mit den Kranken, kannte schon den elektrischen Strom als Wecker der Arbeitslust, warnte vor den Schäden zu langer Isolierung, empfahl bei Aufregungszuständen Bettbehandlung in Abwechslung mit warmen Bädern, die 3—4 Stunden dauern und mehrmals täglich angewendet werden sollten. Selbst die Schäden zu langer Anstaltsbehandlung waren ihm nicht fremd. Er riet deshalb zur Frühentlassung aller der Kranken, deren Leiden nur eine Fortentwicklung der habituellen Persönlichkeit sei, sowie der sensiblen Kranken, die mit allen in Konflikt geraten und denen eine Milieuänderung innerhalb der Anstalt jeweils nur vorübergehende Erleichterung bringe, die aber draußen die Möglichkeit hätten, sich freier zu bewegen und Reibungsflächen zu vermeiden. Endlich empfahl er Frühentlassung solcher Patienten, die infolge ihres Zustandes dazu neigten, die wahnhaften Äußerungen anderer zu den ihren zu machen. Allerdings müsse ihnen allen die Anstalt stets eine Stütze bleiben und Anlehnungsmöglichkeit bieten. Und *Schüle*, der Nachfolger *Hergts* in der Leitung Illenaus, hat in einem auf der Jahresversammlung des Vereins der Deutschen Irrenärzte zu Frankfurt am 17. und 18. September 1887 gehaltenen Vortrage „Über den Wert und die Zulässigkeit frühzeitiger Entlassung“ ausgeführt, daß man in der Frage der Frühentlassung allgemein zu „ängstlich, zu engherzig und zu doktrinär“ verfahre. Die Frühentlassung sei als Heilmittel anzusehen und könne erfolgen als „ein Akt der Klugheit“ in solchen Fällen, wo die Frühentlassung vor erreichter Genesung eine therapeutische Hilfe

darstelle, die rascher zur Genesung führe, als die fortgesetzte Anstaltsbehandlung und als ein „Akt der Notwendigkeit" da, wo die schablonenmäßige Weiterführung der Zurückhaltung positiv dem Kranken schädlich sei. Als zur Frühentlassung besonders geeignet führt er die chronischen Sekundärzustände — also nach heutigem Sprachgebrauch die Schizophrenen — an, die „mangels einer eigenen Initiative und einer genügenden Anpassung in der Anstalt fremd und unzugängig bleiben, indem sie entweder in dem laisser aller beharren, oder auf allerlei perverse Gebahrungen verfallen, weil sie sich nirgends assimilieren können und so zu verkommen drohen". Mit der Frage der Frühentlassung sei aber die der Organisation der Fürsorge für die Entlassenen verknüpft, ja deren wesentliche Nebenbedingung.

Es sollte noch Jahrzehnte dauern, bis die Not der Zeit gebieterisch forderte, was dieser weitschauende Psychiater schon früh klar erkannt und empfohlen hatte. Die heute mit der Frühentlassung gemachten Erfahrungen bestätigen durchaus die damals intuitiv als richtig erkannten Maßnahmen.

Die beiden Anstalten des Landes, Illenau und Pforzheim, boten Raum für etwa 700 bis 750 Kranke. Beide Anstalten waren schon bald überfüllt: anfangs der 60er Jahre wurden in jeder Anstalt nahezu 500 Kranke verpflegt. Die zur Abhilfe getroffenen Maßnahmen, erweiterte Familienpflege, vermehrte Überführung in die Kreispflegeanstalten, geldliche Unterstützung an die Gemeinden, die ihre Kranken selbst verpflegten, usw. reichten bei weitem nicht aus, um die Überfüllung der beiden Anstalten hintanzuhalten. Wirksame Steuerung der Notlage konnte nur die Erstellung einer neuen Anstalt bringen. 1861 ernannte dehalb die Regierung eine Kommission, die zunächst einen geeigneten Bauplatz ausfindig machen sollte. Dieser Kommission gehörten u. a. die Direktoren der Illenauer und Pforzheimer Anstalt, *Roller* und *F. Fischer*, an. Sie hat sich nach gründlicher Prüfung einstimmig für Emmendingen entschieden, und zwar für den Platz in den Haselwaldäckern, wo heute die Anstalt steht. Ein genaues Bauprogramm, Baupläne und Kostenvoranschläge für die bei Emmendingen für zunächst 600 Kranke zu errichtende geschlossene Anstalt, welche vollständigen Ersatz für die Pforzheimer Anstalt und zugleich Entlastung für Illenau sowie den nötigen Raum für Neuaufnahmen bieten sollte, wurde dem Landtag 1864/65 vorgelegt. Das Projekt erhielt jedoch die Genehmigung des Landtags nicht, weil der Voranschlag von 1 22 000 Gulden = 2 052 000 Mark zu hoch befunden und weil seitens der beiden Landesuniversitäten das Bedürfnis der Errichtung von Irrenkliniken geltend gemacht wurde. Der Landtag konnte sich

nicht davon überzeugen, „daß die angeforderte Summe im richtigen Verhältnis zu dem Zweck noch zu den Kräften des Landes stehe und konnte sich nicht frei machen von dem Gefühl, als ob man auch mit, der Humanität Luxus treiben könne“. Das Projekt war gefallen. Auch der Appell an die Öffentlichkeit, den der Direktor *Roller* in einer scharf abgefaßten Broschüre ergriff, die an Deutlichkeit und Eindring lichkeit nichts zu wünschen übrig ließ, vermochte nicht zu bewirken daß das Projekt dem Landtag von 1866/67 erneut vorgelegt wurde Es sollten noch volle 25 Jahre vergehen, bis die Emmendinger Anstal. gebaut werden konnte. Der Landtag 1874/75 bewilligte sodann dit Mittel zur Erstellung der Psychiatrischen Klinik Heidelberg, lehnte dagegen den Bau einer gleichen Anstalt in Freiburg und der Anstaet Emmendingen wiederum ab. Wohl brachte die nächste Zeit durch Erweiterung in Illenau und durch die Eröffnung von Heidelberg (1888) einige Erleichterungen. Aber schon 1880 konnte dem Zudrang von Kranken nicht mehr genügt werden, so daß 1883/84 neue Projekte über den Bau der Klinik Freiburg und der Anstalt Emmendingen dem Landtage vorgelegt werden mußten und diesmal seine Zustimmung fanden. 1887 wurde die Irrenklinik Freiburg eröffnet.

Bei der Ausführung der neuen Anstalt, die zunächst mit einer Summe von 2 415 598 Mark auf 400 Krankenplätze fertiggestellt, später aber mit einer Gesamtsumme von 3 877 598 Mark auf 1000 Plätze ausgebaut werden sollte, suchte man selbstverständlich die im Anstaltsbau seit der Eröffnung von Illenau gemachten Erfahrungen sich zu Nutze zu machen: Es erhob sich zunächst die Frage, in welchem System die neue Anstalt am besten anzulegen sei. Man hatte vor sich die altbewährten Einrichtungen der Anstalt Illenau, die ja so viel neuerbauten Anstalten als Muster gedient hatte, und es lag nahe, ihre Anlage ohne große Abänderung nur in doppeltem Maßstab zu kopieren. Aber es hatte sich um diese Zeit schon ein anderes neueres System der Anstaltsbauart Geltung verschafft, das wiederum einen Entwicklungsfortschritt im Anstaltswesen gegenüber dem bisherigen System der relativ verbundenen, geschlossenen Heil- und Pflegeanstalt im Korridorsystem darstellte: die koloniale Irrenanstalt im Pavillonsystem. Diese Bauart sollte der Irrenanstalt nicht nur im äußeren Aussehen, sondern auch in ihren inneren Einrichtungen den Eindruck der Internierung zu nehmen suchen; sie sollte ermöglichen, Kranke jeder Art aufzunehmen, nach ihrer Eigenart und ihrem geistigen Verhalten zu sondern und räumlich zu trennen. Sie sollte aber auch den Kranken auf dem Weg des Vertrauens eine größere Freiheit der persönlichen Bewegung verschaffen und schließlich ihnen zugleich

in regelmäßiger Beschäftigung ein erstes Mittel zur Bekämpfung und Besserung ihrer Krankheit bieten. Erst wenige Jahre vor der Erbauung Emmendingens war dieses System, das in Schottland erste Ausführung erfahren hatte, von *Kölle* und *Paetz* in der Anstalt Altscherbitz einheitlich zur Anwendung gekommen.

Die Besichtigung mehrerer großer neuentstandener Irrenanstalten (Colditz mit der Kolonie Zschadrass, Hubertusburg mit Reckwitz, Marburg, Altscherbitz) durch *Schüle*, *Walther*, dem ersten Direktor von Emmendingen und Bauinspektor *Schäfer*, dem Erbauer der Anstalt, wobei hauptsächlich Altscherbitz durch die Einfachheit und Richtigkeit des leitenden Gedankens einleuchtend imponierte, führte zu dem Kompromiß, die Emmendinger Anstalt zwar in der Hauptsache als koloniale Irrenanstalt zu erstellen, aber doch die mit der Bauart Illenaus gemachten guten Erfahrungen nicht ganz außer Acht zu lassen. Deshalb wurde für die neue Anstalt das System der Verbindung von Zentralanstalten mit agrikolen Kolonien gewählt, welches den Grundsatz möglichst freier Behandlung der ruhigen Kranken mit dem der notwendigen Beaufsichtigung und Verwahrung der Unruhigen vereinigte, und die Leichtigkeit der aus therapeutischen Gründen nötigen Versetzung aus der einen Abteilung in die andere gewährte. Daher finden sich hier mehrere Bauformen vor: die großen Zentralbauten — je einer für die Männer- und Frauenabteilung mit heute Raum für je 200 Kranke — wurden in Hufeisenform im Korridorstil mit je 5 durch besondere Abschlüsse und Treppeneinbauten gegliederten Unterabteilungen und einem zweistöckigen Zellenbau erstellt.

Die Bauten für Halbruhige präsentieren sich als Doppelpavillons mit gemeinsamem Eingang in der Mitte und je einem kleinen Korridor von da zu den Tagsälen, oder, wo die Tagesäle sich an das Treppenhaus anschließen, mit Korridoren an den beiden Eckseiten.

Die beiden Aufnahmegebäude, die Krankenbaracken und die offenen Landhäuser sind reine Pavillonbauten ohne Korridore.

Mit Ausnahme der beiden Aufnahmegebäude, der Epileptikergebäude und der Krankenbaracken, die nur eingeschoßig sind, und des dreistöckigen ruhigen Frauenbaues, der eine größere Anzahl (100) zuverlässiger Kranker aufnehmen mußte, sind alle Krankenhäuser zweistöckig gehalten. Im Erdgeschoß befinden sich durchgehends die tagsüber zu benutzenden Räume (Tagsäle, Spülküche), im II. Stock ausschließlich Schlafräume, so daß diese Stockwerke tagsüber vollständig geräumt sind. Von den Korridoren aus sind Bade-, Ankleide-, Wirtschafts- und Personalzimmer, zwischen den Tag- bzw. Schlafsälen gelegen, zu erreichen. Die Anstalt ist in der Weise angelegt, daß ihre

sämtlichen Gebäude auf ebenem Terrain in symmetrischer Anordnung sich an eine langgestreckte elliptisch geführte Ringstraße, welche den Hauptverbindungsgang zwischen den einzelnen Krankenhäusern bildet, in der Art anlehnen, daß ein Teil der Gebäude innerhalb, ein Teil außerhalb der Peripherie der Ellipse steht. Ihre Längsachse teilt das Gebiet in eine östliche Hälfte, die Frauenseite, und eine westliche Hälfte, welche die Männerabteilungen enthält. In nordwestlicher Richtung an der Außenseite der Ellipse stehen die landwirtschaftlichen Gebäude. Auf der Längsachse sind teils parallel, teils senkrecht zu ihr, Festhalle, Kirche, Leichenhaus, Werkstättengebäude, Küche und Waschküche erstellt.

Als Aufgabe war der Anstalt in der Hauptsache die Entlastung der Aufnahmeanstalten (Illenau und der beiden Landeskliniken) zugewiesen durch Übernahme und Behandlung der dort befindlichen chronisch Kranken, welche bereits ausgesprochene Defekte ihrer geistigen Fähigkeit zeigten.

Diese Entlastung geschah und geschieht heute noch auf direktem Wege durch Aufnahmen aus den genannten Anstalten selbst, auf indirekte Weise durch Aufnahme geeigneter Fälle aus dem offenen Lande, sowie aus Pfründnerhäusern, Kreispflegeanstalten, Strafanstalten usw.

Unmittelbar aus dem Lande aufgenommen werden nur die Epileptiker.

Die der Anstalt gestellte Aufgabe war nicht leicht zu erfüllen; denn es galt ein ganz neues System der Anstaltspflege und Behandlung einzuführen und dazu noch in eine neue, und nicht fertig erstellte Anstalt. Direktor, Ärzte und Verwalter, die zum Teil von der Anstalt Pforzheim (Direktor *Walther*, Dr. *Feldbausch*, Verwalter *Brenzinger*), zum Teil aus dem an Illenauer Tätigkeit sich anschließenden bezirksärztlichen Beruf (Dr. *Nadler*) hierher versetzt wurden, mußten sich selbst erst mit den Prinzipien dieses neuen Systems vertraut machen, um dieselben in die Praxis umzusetzen; sie mußten das keineswegs immer gelehrige Wartpersonal, das zum größten Teil auch aus den älteren Anstalten herstammte, in die Hauptgesichtspunkte des Systems einweihen, und sie mußten die Kranken selbst, die sich z. T. nur ungern von ihren alten, liebgewordenen Räumen getrennt hatten und durch den Umzug vielfach ungünstig beeinflußt waren, in neue Räume mit anderen Einrichtungen, in ganz anders gelagerte Verhältnisse der Behandlung und Heilbestrebungen eingewöhnen, was oft um so schwieriger war, als unter den übernommenen Kranken sich recht häufig alte Zellenartefakte mit eingerosteten asozialen und antisozialen

Tendenzen befanden. Am 20. September 1889 wurden die ersten 30 männlichen Kranken übernommen, am 21. September folgten 29 Frauen, am 23. und 25. September je 29 und 23 Männer, am 24. und 26. September je 31 und 26 Frauen: alle aus der Anstalt Pforzheim. In folgenden Monaten erfolgte in kleinen Transporten die Übernahme der Kranken aus Illenau, den beiden Kliniken Heidelberg und Freiburg und aus der Privatpflege, so daß bis 31. Dezember 1889 in der nur zum Teil fertiggestellten Anstalt sich schon 325 Kranke befanden.

4 Wochen nach Eintreffen der ersten Kranken konnte mit der regelmäßigen Beschäftigung derselben in der Landwirtschaft, in den Werkstätten, in Küche und Waschküche begonnen werden.

1894 wurde der seitherige Oberarzt der Anstalt Altscherbitz, Dr. *Haardt*, als Nachfolger des in den Ruhestand getretenen Direktors *Walther* zum Leiter der Anstalt ernannt und brachte, geschult an der ersten deutschen kolonialen Anstalt, reiche Erfahrungen mit, die er nun in Emmendingen energisch und nutzbringend verwertete. Als Grundsatz galt, allen Kranken, denen die Arbeit nur irgendwie heilsam und wohltätig sein konnte, diese auch ärztlich zu verordnen; der Arzt hatte bei der täglichen ärztlichen Visite diese Arbeitsmöglichkeit bei jedem Kranken in Erwägung zu ziehen und zu prüfen, ob und welche Arbeit im einzelnen Falle verordnet werden konnte.

Arbeitsmöglichkeiten bot die Anstalt in ihrer ausgedehnten Land- und Gartenwirtschaft mit Meliorations- und Terrainnivellierungsarbeiten, mit ihren zahlreichen Werkstätten, ihrem Küchen- und Waschküchenbetrieb, ihren Näh-, Flick-, Spinn-, Web- und Bügelstuben, hinreichend, so daß es möglich war, die Tätigkeit den individuellen Verschiedenheiten anzupassen, wie sie sich in Neigungen, Gewohnheiten und Fähigkeiten äußerten. Gerade auf das Moment der individuellen Behandlung auch bei der Arbeitszuteilung haben die Illenauer Psychiater, besonders *Schüle*, immer und immer wieder hingewiesen und betont, daß wir es mit kranken Individuen zu tun hätten, daß jeder Kranke eine neue Individualität sei, „eigenartig nach hereditärer Mitgift, Erziehung, Lebensentwicklung“ und daß jeder Kranke „in eine Sphäre der Tätigkeit eingewiesen werden müsse, welche zu seiner Individualität passe“. Wie *Haardt* in einem bei der Mitgliederversammlung des Hilfsvereins für entlassene Geisteskranke am 17. 11. 1909 in Illenau gehaltenen Vortrag darlegte, sollte die Anstalt „geeignete Arbeit bieten für Heilbare und Unheilbare, für die in der Genesung begriffenen Schonungsbedürftigen, wie für die körperlich Rüstigen, für die Stumpfen und Gleichgültigen, wie für die Reizbaren, zu Ausschreitungen neigenden und als gemeingefährlich Eingewiesenen,

für die Flucht- und Selbstmordverdächtigen, wie für die Ruhigen, Harmlosen, Zuverlässigen, für alle Krankheitsformen, für die traurig Verstimmten und Gehemmten, wie für die heiter Erregten und Beweglichen, für alle möglichen Verlaufsstadien der Krankheiten, für alle Altersstufen, für alle Gesellschaftsklassen, für alle Berufsarten und in allen Abstufungen der geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit". Die Arbeit dürfe nie Strafarbeit sein, der Kranke solle nie zur Arbeit gezwungen werden, die Arbeit andererseits auch nie den Eindruck einer lauen Spielerei und eines ziellosen Zeitvertreibes erwecken, sondern durch sich selbst und durch die Aussicht auf Erfolg bei den Kranken Interesse und Freude erwecken.

Daß trotz dieser konsequent durchgeführten Grundsätze die Prozentzahl der arbeitenden Kranken kaum 40% erreichte, hatte seinen Grund einmal in der Art der Patienten, die die Anstalt aufzunehmen gezwungen war: Es fehlte ihr als reiner Übernahmeanstalt ein eigener Aufnahmebezirk, aus dem sie alle Arten von Krankheitsfällen und in jedem Krankheitsstadium aufzunehmen berechtigt war. Die Aufnahmeanstalten aber mußten, um ihrer Aufgabe bezüglich der Frischerkrankten bei chronischem Platzmangel einigermaßen gerecht zu werden, danach streben, von den chronischen Kranken in erster Linie diejenigen zu überführen, welche für den Betrieb dieser Anstalten besonders störend waren. Die natürliche Folge hiervon für die Anstalt Emmendingen war das Vorherrschen der unruhigen, störenden, schwierigen und gefährlichen Kranken und chronischer Zellenartefakte mit allen deren Untugenden und asozialen Neigungen, sodaß eine günstige Beeinflussung derselben und Gewöhnung an gemeinsames Wohnen oder gar Arbeiten außerordentlich erschwert war. Infolge der anhaltenden Überfüllung der Aufnahmeanstalten des Landes war ferner der Zugang in die neue Anstalt von vornherein und anhaltend außerordentlich groß. 1890 — 1 Jahr nach ihrer Eröffnung — beherbergte sie schon 405, 1896 875 und 1899, zehn Jahre nach der Eröffnung, 998 Kranke. Infolgedessen mußte sie, die ursprünglich ja nur für 400 Kranke Plätze bieten und erst allmählich auf 1000 Plätze ausgebaut werden sollte, schneller erweitert werden, als vorgesehen war. Aber dadurch wiederum, daß dauernd auf dem Terrain Neubauten mit ihren Unruhen und dem Arbeiterandrang aufgeführt wurden, war die Durchführung der Beschäftigungstherapie ebenfalls erheblich erschwert. 1900 — nach Beendigung der Krankenhausbauten — war mit einem Bestand von 1026 Kranken die überhaupt vorgesehene Höchstbelegzahl schon überschritten. In den nächsten Jahren nahm die Überfüllung in erschreckendem Maße zu: 1905, vor

der Eröffnung der Anstalt Wiesloch, wurde der Höchstbestand mit 1540 Kranken erreicht, also eine Überbelegung von mehr als 50%. Eine normale Belegung und normalen Betrieb hat die Anstalt auch bis heute noch nicht erlebt. Tagsäle und Korridore mußten mit Kranken belegt, jedes nur verfügbare Plätzchen mußte ausgenützt werden. Die mit der Überfüllung notwendig verbundene Lebensverschlechterung auf den Abteilungen führte zu fortwährenden Änderungen im Bestand des Personals — mitunter wechselte nahezu die Hälfte (40%). Darunter litt natürlich die Arbeit der Ärzte stark, so daß die Arbeitstherapie bei weitem nicht in dem erwünschten Maße Platz greifen konnte, und die Prozentzahl arbeitender Kranken auf 30% sank.

Aber nicht nur Pfleger und Pflegerinnen, sondern auch die Ärzte, deren Vermehrung mit der Erhöhung der Krankenzahl nicht Schritt hielt, wechselten häufig. Die Klagen darüber kehren in beweglichen Worten in den Jahresberichten wieder. Birgt schon die dauernde Anstaltsarzttätigkeit an sich durch die Gleichförmigkeit des Dienstes und die Abgeschlossenheit von anderen Disziplinen die Gefahr der Einseitigkeit in sich, so erhöht sich diese besonders in den reinen Übernahmeanstalten, und es ist verständlich, daß der junge Mediziner, der gewillt ist, aus Liebe zum Beruf all das Unangenehme des Anstaltspsychiaters auf sich zu nehmen, sich schon bald wieder verabschiedet, wenn er auch seine Erwartung getäuscht sieht, in der Anstalt wenigstens die Möglichkeit zu haben, alle Krankheitsfälle seines Spezialfachs, wie sie gerade vorkommen, zu behandeln.

Die durch den verlorenen Krieg und die Inflationszeit von Grund aus geänderten Verhältnisse hatten auch recht einschneidende Wirkungen für die Anstalten zur Folge. Die Irrenfürsorge der Vorkriegszeit war in dem alten Maßstab nicht mehr durchführbar. So mußte die Erstellung einer neuen Anstalt, die für 2000 Kranke bei Rastatt geplant war, unterbleiben, der Ausbau der 1913 eröffneten Anstalt bei Konstanz mußte eingestellt und der Betrieb durch Schließung von sieben Krankenhäusern stark eingeschränkt werden; die alte Pforzheimer Anstalt wurde aufgelöst: all diese von der gebieterischen Not der Zeit diktierten Maßnahmen stellten auch an unsere Anstalt neue Aufgaben.

Der Krankenstand, der Ende 1913 noch 1263 Köpfe betrug, war durch die während des Kriegs und der Hungerblockade erfolgte Steigerung der Sterblichkeit stark zurückgegangen. Die Todesursachen bildeten hauptsächlich erschöpfende Krankheiten, besonders die Tuberkulose. Während die Zahl der Todesfälle in den Jahren 1913 bis 1915 durchschnittlich 95 pro Jahr betrug, stieg sie 1916 auf 162,

erreichte 1917 den Höchststand mit 285, belief sich 1919 auf 163 und kehrte dann allmählich zur Norm zurück. Zugleich war ein Rückgang der Aufnahmen zu verzeichnen. 1913 wurden 291, 1919 dagegen noch 190 Kranke aufgenommen. Infolgedessen war der Krankenstand Ende 1919 auf 781 Köpfe gefallen. In den folgenden Jahren setzte nun ein langsamer Wiederaufstieg der Aufnahmen ein. Dazu hatte Emmendingen von Pforzheim bei deren Auflösung 116 und von der Anstalt Konstanz infolge deren Betriebseinschränkung 200 Kranke zu übernehmen, so daß Ende 1924 der Krankenstand auf 1100, 1927 auf nahezu 1300 wieder gestiegen war. Dabei waren das ganze Männerlandhaus und drei Abteilungen der Pavillons für halbruhige Männer zu Notwohnungen für Pfleger und Beamte eingerichtet und für den Zweck der Krankenunterbringung ausgeschaltet. Außerdem gingen Krankenplätze dadurch verloren, daß wegen Herabsetzung der Arbeitszeit Mehreinstellung von Personal erforderlich wurde, für das Unterkunft geschaffen werden mußte. Um den im Rahmen der Landesirrenfürsorge unserer Anstalt jetzt neu zuerteilten Aufgaben, nämlich der Unterbringung und Behandlung der geisteskranken Bazillenträger und der Metencephalitiker des Landes gerecht werden zu können, wurde das Aufnahmehaus für Frauen seiner eigentlichen Aufgabe entzogen und als Infektionshaus für die Bazillenträger eingerichtet, der Bau für epileptische Frauen dafür zum Aufnahmebau bestimmt. Weiterhin wurden zwei Abteilungen der Pavillons für Halbruhige (je eine auf der Männer- und Frauenseite) für die Metencephalitiker des Landes bereitgestellt. Die Tuberkulösen wurden in gemeinsamen Wachsälen untergebracht. Ich verweise dieserhalb auf die einzelnen Sonderaufsätze dieses Heftes.

Auch die Pflege und Behandlung der übrigen Geisteskranken mußten nach zeitgemäßen Anschauungen, wie sie von *Bleuler*, *Kolb*, *Max Fischer*, *Roemer* und Anderen angeregt wurden, durchgeführt werden. Dazu waren aber sowohl bauliche Reformen als auch Änderungen in der Behandlungsart und in der Handhabung der Entlassung notwendig, die der Nachfolger Dr. *Haardt*s, Dr. *Groß*, geschickt und energisch zum Teil völlig durchgeführt, zum Teil eingeleitet hat. So wurden die Zellen in den Zentralbauten, die anfangs 1924 noch fast alle mit erregten, verwirrten, unsauberen Kranken belegt waren, durch Zusammenlegung mehrerer Zellen teils zu freundlichen hellen Tag- und Arbeitsräumen, teils zu gut lüftbaren Wachsälen oder zu Unterkunftsräumen für das Personal umgebaut. Abgesehen davon, daß dadurch auf jeder Seite etwa 40 neue Plätze gewonnen wurden, konnte vor allem auf die Isolierung in der seitherigen Form vollständig

verzichtet und ein ärztlich therapeutisches Milieu für die Kranken geschaffen werden. Die *Simon*schen Anregungen einer aktiveren Therapie wurden gewissenhaft geprüft und fanden weitgehende Anwendung bei grundsätzlicher Ablehnung jeglichen Zwangs und unter Beibehaltung anderer bewährter therapeutischer Maßnahmen, in Befolgung des alten *Roller*schen Grundsatzes, daß sich kein Heilmittel generalisieren läßt. Es hat sich auch hier gezeigt, daß man in früheren Zeiten trotz vorbildlicher Arbeitstherapie doch vielfach in der Auswahl der arbeitsfähigen Kranken zu ängstlich vorgegangen war. Während noch 1924 die Prozentzahl der arbeitenden Kranken sich kaum über 40% erhob, stieg sie in den letzten Jahren anhaltend und beträgt heute bei den Männern durchschnittlich 80—85, bei den Frauen 70—75%, ein Verhältnis, das in Anbetracht der schon oben angeführten, für den Beschäftigungsbetrieb wenig vorteilhaften Zusammensetzung unseres Krankenmaterials als recht günstig bezeichnet werden muß. Seit 1924 besteht auch die geldliche Entlohnung der arbeitenden Kranken. Kleinere Beträge bis etwa 5 Mark bleiben in Verwahrung der Inspektoren und Oberinnen und dienen zur Befriedigung kleinerer Wünsche der Kranken. Höhere Beträge werden der „Privatkontikasse" zugeführt, die bei der Städtischen Sparkasse auf Sparbuch angelegt ist und zurzeit einen Betrag von 12 600 Mark aufweist. Der Zinsertrag daraus wird zur Bestreitung der Kosten gemeinsamer Unterhaltungsabende und zur besseren Ausstattung des Weihnachtsgabentisches verwendet, kommt also in vollem Umfang den Pfleglingen zu gut. Größere Beträge von 100 Mark an aufwärts, die voraussichtlich auf längere Zeit unverwendet stehen bleiben, werden auf eigenes, auf den Namen des betreffenden Pfleglings lautendes Sparbuch angelegt.

Die aktivere Therapie im weitesten Sinne und die sich zwangsläufig daraus ergebende intensivere Beschäftigung des Arztes mit den Kranken ermöglichen selbst bei unserem Krankenmaterial Entlassungen in einem Maße, daß sich neuerdings nicht nur Aufnahme- und Entlassungszahl ungefähr die Waage halten, sondern im verflossenen Jahre und in der ersten Hälfte dieses Jahres die Zahl der Entlassenen die der Aufgenommenen sogar überschritt. Nicht zum Wenigsten freilich trägt dazu neben den angeführten Gründen die 1926 eingeführte offene Fürsorge und die im letzten Jahre wieder begonnene Familienpflege bei, deren Einrichtung und Erfolge ebenfalls ein Sonderaufsatz dieses Heftes schildert. Nur einige Zahlen seien hierfür als Beleg angeführt: in den vier Jahren 1910—1913 betrug die Zahl der in die Freiheit entlassenen Kranken 589 gegen 1112 in den Jahren 1925—1928,

die entsprechende Zahl für die in die Kreispflegeanstalten Entlassenen 63 bzw. 147.

Auch den nicht beschäftigten Kranken, die infolge ihres Leidens Wachsaal- oder Bettbehandlung nicht entbehren können, wurde die Umgebung freundlicher gestaltet. Um auch zu ihnen in die Krankensäle mehr Sonnenlicht und Sonnenwärme dringen zu lassen, wurden zu dicht an den einzelnen Pavillons stehende, die Räume in fröstelndes Dunkel hüllende Bäume gefällt. Das Kalkweiß der Wände machte freudigen Farben Platz. Künstlersteindrucke und Blumen erfreuen das Auge. Betten und Bettwäsche werden weiß gehalten. Um die Krankenhäuser wurden Gärten mit lebendem Hag angelegt. Elektrisches Licht trat an Stelle der alten gefährlichen Gasbeleuchtung. Die in diesem Jahr vollendete Kanalisation brachte neben anderen Vorteilen endlich die Beseitigung der unhygienischen und unästhetischen Nachtstühle.

Die vor 40 Jahren als Provisorium erstellte Krankenbaracke für Männer wurde abgerissen, und an ihre Stelle wird ein neuzeitliches Lazarett erbaut mit hellen geräumigen Krankensälen, Liegehallen und Veranden, mit Operationssaal, elektrisch-physikalischem Behandlungssaal und Laboratorien für pathologisch-histologische, chemische, bakteriologische, serologische und psychologische Untersuchungen. Denn so groß man das durch die praktische Anstaltspsychiatrie — aktivere Therapie, Frühentlassung, offene Fürsorge — Erreichte im volkswirtschaftlichen Sinn auch werten muß, so ist doch unverkennbar, daß in der überwiegenden Zahl der Fälle nur eine relative, eine soziale Heilung, erreicht ist. Das Ziel aber bleibt selbstverständlich die Erkennung des Wesens der Krankheit, ihrer Ursachen und eine absolute Heilung. Noch viele Probleme auf diesem Gebiet beschäftigen die Psychiatrie und an ihrer Lösung energisch mitzuarbeiten ist Pflicht auch des Anstaltspsychiaters, dem eine große Anstalt reiches Material zur Verfügung stellt. Auf allen Gebieten scheint mir dies möglich. Voraussetzung dazu ist, daß bei der Einstellung junger Ärzte auf entsprechende Vorbildung entscheidender Wert gelegt wird, und daß die Anstalten in Arbeitsgemeinschaft mit den Kliniken und der Forschungsanstalt für Psychiatrie bleiben. Ersten Anfängen der Verwirklichung dieses Gedankens entsprechen einzelne Aufsätze dieses Heftes.

Nachdem es im Laufe dieses Jahres durch anderweitige Unterbringung der Inhaber der Notwohnung in den Krankenhäusern gelungen ist, diese wieder frei zu bekommen und ihrem eigentlichen Zweck zuzuführen, wird es in Weiterverfolgung neuzeitlicher An-

schauungen nach Beendigung der notwendigen baulichen Veränderungen möglich sein, auch den Psychopathen und Trinkern Sonderabteilungen zuzuweisen und ihnen das für sie geeignete therapeutische Milieu zu schaffen.

Die Anstalt Emmendingen in der ihr eigenen Bauart der Verquickung von Korridorbauten, Pavillons mit kleinen Korridoren und korridorfreien Pavillons hat sich allen, auch den schwersten Anforderungen zur Zeit der 50%igen Überfüllung völlig gewachsen gezeigt. Sie bewährt sich bei Durchführung der durch die Neuzeit gebotenen Reformen. Sie erfüllt alle an sie gestellten Aufgaben der praktischen Anstaltspsychiatrie nach der rein ärztlichen Seite der Krankenbehandlung sowohl, wie in baulich-technischer und baulich-ästhetischer, sowie in betriebs- und verwaltungstechnischer Hinsicht durchaus. Sie hat dadurch bewiesen, daß ihre kombinierte Bauart die zweckmäßigste Anstaltsbauart ist, worauf auch schon 1913 ein so erfahrener Kenner des Anstaltsbauwesens wie *Max Fischer*, später auch *Groß* hingewiesen haben, und wie sie erst neuerdings *Kolb* in seinem Referat in Danzig verlangte. Als Forderung, die als lebensnotwendig für die Anstalt bezeichnet werden muß, besteht noch der Ersatz der veralteten verschiedenartigen Heizungsanlagen durch Erstellung eines neuen Kesselhauses mit einheitlicher Zentralheizung, die Erweiterung der unzweckmäßigen und ungenügenden Küche- und Waschküchebauten mit ihren Einrichtungen und der Umbau der Frauenbaracke zu modernem Lazarett. Wenn die Landesregierung auch weiterhin in so verständnisvoller und weitherziger Weise wie in den letzten Jahren uns zur weiteren Durchführung dieser Reformen die notwendigen Mittel zu bewilligen im Stande ist, dann kann die Heilanstalt Emmendingen noch auf lange Zeit hinaus ihre Aufgaben im Rahmen der badischen Irrenfürsorge zum Besten der Kranken und des Landes erfüllen.

Literatur:

H. A. Adam: Geisteskrankheit in alter und neuer Zeit. Regensburg 1928.

Aschaffenburg: Neue Aufgaben der praktischen Psychiatrie. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 86.

Bleuler: Frühe Entlassung. Psych.-neurologische Wochenschrift 1905.

Derselbe: Zur Unterscheidung des Physiogenen und Psychogenen bei der Schizophrenie. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 84, 1926.

F. Fischer: Die Anstalt in Pforzheim bis zum Jahre 1804. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 33, 1877.

Derselbe: Zur Geschichte der Heil- und Pflegeanstalt Pforzheim vom Jahre 1803 bis jetzt. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 34, 1878.

M. Fischer: Die Entwicklung des Bauwesens der Irrenanstalten. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 70, 1913.

Derselbe: Neue Aufgaben der Psychiatrie in Baden. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, 1922.

Derselbe: Roller, Christian Friedrich Wilhelm. *Kirchhoff:* Deutsche Irrenärzte, I. Bd.

Derselbe: Hergt, Karl. *Kirchhoff:* Deutsche Irrenärzte, I. Bd.

Derselbe: Praktisch-psychiatrische Tagesfragen. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 89, 1928.

Derselbe: Schüle, Heinrich. *Kirchhoff:* Deutsche Irrenärzte II. Bd.

A. Gross: Allgemeine Therapie der Psychosen. *Aschaffenburg:* Handbuch der Psychiatrie.

Derselbe: Zeitgemäße Betrachtungen zum wirtschaftlichen Betrieb der Irrenanstalten. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 79.

Derselbe: Der Umbau einer Zellenabteilung. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 84, 1926.

K. Haardt: Die Arbeitstherapie in der bad. Heil- u. Pflegeanstalt Emmendingen. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 79.

Derselbe: Großherzogliche bad. Heil- u. Pflegeanstalt Emmendingen. Deutsche Heil- u. Pflegeanstalten für Psychisch-Kranke in Wort und Bild, II. Bd. Marhold, Halle 1912.

Aug. Hegar: Heinrich Schüle. Psychisch-neurolog. Wochenschrift 1917, Heft 49/50.

Hergt: Einiges zur Behandlung der Seelenstörungen. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 33, 1877.

Kolb: Reform der Irrenfürsorge. Zeitschrift für d. ges. Psych. u. Neurologie Bd. 47. Psych. neurol. Wochenschrift 1920/21.

Derselbe: Inwieweit sind Änderungen im Betrieb der Anstalt geboten? Psych. neurol. Wochenschrift 1920/21.

E. Kraepelin: Hundert Jahre Psychiatrie. Berlin Springer 1918.

E. Meyer: Neue und alte Strömungen in der praktischen Psychiatrie. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 83.

Paetz: Die Kolonisierung der Geisteskranken. Springer 1883.

Reiß: Die aktivere Beschäftigungsbehandlung der Heil- und Pflegeanstalten. Psych. neurol. Wochenschrift, Jahrgang 31, Nr. 9.

Derselbe: Eine letzte Neueinführung im Interesse der Krankenbehandlung — eine Sparkasse für Kranke. Psych. neurol. Wochenschrift, Jahrgang 31, Nr. 9.

C. F. W. Roller: Die Irrenanstalt nach allen ihren Beziehungen, 1831.

Derselbe: Psychiatrische Zeitfragen, 1874.

Derselbe: Illenau, 1865.

C. F. W. Roller u. *F. Fischer*: Das Projekte des Neubaues einer zweiten Heil- und Pflegeanstalt, 1865.

Roemer: Die sozialen Aufgaben des Irrenarztes in der Gegenwart. Psych. neurol. Wochenschrift, 1920.

Roemer, Kolb, Faltlhauser: Die offene Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten.

Schüle: Handbuch der Geisteskrankheiten. 1878.

Derselbe: Klinische Psychiatrie, 1886.

Derselbe: Über den Wert und die Zulässigkeit frühzeitiger Entlassung

aus der Anstalt. Vortrag auf der Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte am 17. und 18. September 1887 in Frankfurt. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 44.

Simon: Aktivere Therapie in der Irrenanstalt. Gesellschaftsbericht d. 88. Versammlung Deutscher Naturforscher u. Ärzte in Innsbruck. 1924. Zentralblatt f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie, Bd. 40.

Derselbe: Aktivere Behandlung in der Irrenanstalt. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 87, 1927.

W. Stemmer: Zur Geschichte des Waisen-, Toll- und Krankenhauses, sowie Zucht- und Arbeitshauses in Pforzheim. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 70, 1913.

Thumm: Über Erfahrungen mit „aktiver" Therapie bei Psychosen. Zeitschrift für die ges. Neurol. u. Psych., Bd. 103, 1926.

Derselbe: Milieugestaltung im Rahmen der aktiveren Therapie und ihre Auswirkung auf freie Behandlung und offene Fürsorge. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 88, 1928.

Die Jahresberichte der Heilanstalt Emmendingen.

Die Geschäftsberichte des bad. Ministeriums des Innern für die Jahre 1880—1924.

Akten des badischen Ministeriums des Innern, den Bau einer Heil- und Pflegeanstalt mit Ackerbaukolonie betr. von 1861—1889.

Offene Fürsorge für entlassene Geisteskranke der Heil- und Pflegeanstalt Emmendingen.

Von Med.-Rat. Dr. **Kühne.**

Von allen Zweigen der Fürsorge ist die Fürsorge für entlassene Geisteskranke wohl der jüngste. Nicht als ob der Gedanke der Betreuung der entlassenen Patienten von seiten der Anstalt früher nie aufgetaucht wäre, nein, der Gedanke ist schon alt, aber in letzter Zeit wurde er erst allgemeiner in die Tat umgesetzt. Es konnte ja nicht ausbleiben, daß, nachdem die Fürsorge auf allen Gebieten weiter ausgebaut wurde, die Fürsorge für die geistig Erkrankten mit diesen Fürsorgebestrebungen gleichen Schritt zu halten versuchte, drängte doch alles darauf hin, die wirtschaftliche Lage sowohl wie die Sorge um die uns anvertrauten Patienten, daß in dieser Beziehung etwas geschehen mußte. Neue Anstalten konnten nicht gebaut werden aus finanziellen Gründen, Plätze aber für die vermehrten Aufnahmen mußten geschaffen werden, sollte die Versorgung der Geisteskranken nicht notleiden. Da war es nur zu natürlich, daß man, wie so oft schon,

alte Bestrebungen wieder aufnahm, Ideen alter praktischer Psychiater zu verwirklichen suchte. Schon *Roller* hatte vor 70 Jahren daran gedacht, durch weitere Betreuung entlassener Patienten die Entlassungsmöglichkeiten zu steigern, um sich auf diese Weise in den überfüllten Anstalten Illenau und Pforzheim etwas Luft zu schaffen, wobei ihm seine reiche Erfahrung sagte, daß für manche Kranke ein längerer Anstaltsaufenthalt eher schädlich als nützlich ist, und *Schüle* hat später in einem Vortrag dieselben Vorschläge gemacht und schon damals darauf hingewiesen, daß gerade die große Zahl der Schizophrenen — damals noch als sekundärer Blödsinn bezeichnet — sich am besten für eine offene Fürsorge eignen würde. Auch in der Anstalt Emmendingen bestand die offene Fürsorge für entlassene Geisteskranke, wenn auch in einfacherer Form, schon seit vielen Jahren. Geh.-Rat *Haardt* ließ von jeher von Zeit zu Zeit Erkundigungen über das Ergehen der entlassenen Kranken beim Bezirksamt oder Bürgermeisteramt oder auch bei den Angehörigen einholen, stand auch selbst mit den entlassenen Kranken in regem Briefwechsel, unterstützte sie in ihrem Fortkommen mit Rat und Tat. Daß die Kranken nicht persönlich aufgesucht wurden, lag lediglich an der Unzulänglichkeit der damaligen Verkehrsmittel, denn selbst mit Pferd und Wagen wären doch nur die Kranken in allernächster Nähe der Anstalt zu erreichen gewesen, und gerade über diese war man im allgemeinen immer gut unterrichtet, da sie sich zum Teil selbst wieder in der Anstalt vorstellten, dann aber auch, weil sie durch die auf den umliegenden Dörfern wohnenden Pfleger und Pflegerinnen im Auge behalten und auch wohl direkt betreut wurden. Und so finden sich in unseren Krankenakten über viele unserer früheren entlassenen Patienten fortlaufende Berichte über ihr Ergehen draußen, was oft katamnestisch recht wertvoll ist, wenn wir auch zugeben wollen, daß diesen Berichten mancherlei Mängel anhaften könnten und auch sicher manchmal anhafteten, weil sie vielleicht zu sehr den gerade gewollten Verhältnissen angepaßt waren. Wurde z. B. beim Bezirksamt über einen Kranken angefragt, so erfuhr der mit den Erhebungen betraute Polizeibeamte, der den Kranken und seinen Zustand oft gar nicht kannte, nur das, was er gerade erfahren sollte, wurde beim Bürgermeisteramt angefragt über das Ergehen eines Kranken, der auf Kosten der Gemeinde in der Anstalt untergebracht war und im Rückfall wieder untergebracht hätte werden müssen, so wurde wohl oft der Zustand des betr. Kranken lediglich vom Standpunkt der unterstützungspflichtigen Gemeinde aus zu rosig geschildert, während bei Anfragen bei Angehörigen, die wohl oft erst auf Drängen der Gemeinde den

Kranken wieder bei sich aufgenommen hatten, ihn aber gern wieder in der Anstalt haben möchten, zu schwarz geschildert wurde. Um u. a. auch diesen Übelständen besser begegnen zu können, fing man später an, die offene Fürsorge für entlassene Geisteskranke weiter auszubauen, dadurch, daß man den Verein für entlassene Geisteskranke heranzuziehen und aus ihm Vertrauensmänner zu gewinnen suchte, die die Entlassung der Kranken vorbereiten und die entlassenen Kranken draußen betreuen und von Zeit zu Zeit der Anstalt über das Ergehen der entlassenen Kranken berichten sollten. Ehe aber diese Pläne verwirklicht werden konnten, brach der Krieg aus und hemmte, wie so vieles andere, auch die Fürsorgebestrebungen für entlassene Geisteskranke, warf die Pläne bezüglich der Vertrauensleute über den Haufen und zwang die Fürsorge wieder in ihre alte Form der schriftlichen Anfragen bei den Behörden und Angehörigen zurück. Dieser Modus der Fürsorge wurde nun beibehalten mit geringen Abänderungen und Ausnahmen bis 1927.

Seit Januar 1927 besteht nun auch in der Anstalt Emmendingen eine Fürsorgestelle für entlassene Geisteskranke in neuerer Form, deren Einrichtung den Fürsorgestellen anderer Anstalten, so Wiesloch und Konstanz, angepaßt ist. Schon im Sommer 1926 nahm Direktor *Groß* die Vorarbeiten zur Errichtung der Fürsorgestelle auf, indem er überall in den Kreisen Freiburg und Lörrach mit den Bezirksämtern in Verbindung trat, sie mit dem Zweck und dem Ziel der offenen Fürsorge bekannt machte und sie für diese Einrichtung zu interessieren suchte. Außerdem wurden Vertrauensleute gewonnen, namentlich Geistliche, aber auch andere Personen, die sich dafür zu eignen schienen. Bei dieser Gelegenheit kamen uns die Vorarbeiten, die seiner Zeit geleistet waren, um den Verein für entlassene Geisteskranke neu zu organisieren und zur Fürsorge heranzuziehen, gut zustatten, indem man jetzt auf die Liste der Vertrauensleute von damals zurückgreifen konnte. In bereitwilligster Weise sagten die obersten Kirchenbehörden beider Konfessionen ihre Unterstützung zu, und auch die Gewerkschaften waren gerne bereit, mitzuwirken und mitzuhelfen. Nachdem die Verhandlungen und Besprechungen in dieser Richtung zum Abschluß gekommen waren, trat, wie gesagt, am 1. Januar 1927 die offene Fürsorge für entlassene Geisteskranke in neuem Gewand in unserer Anstalt in Tätigkeit. Und zwar so, daß in Freiburg selbst eine Beratungsstunde für entlassene Kranke eingerichtet wurde, und die Kranken auf dem Lande in regelmäßigen Abständen von dem Fürsorgearzt und der Fürsorgepflegerin der Anstalt besucht und betreut werden. Es sind also zwei wesentlich von

einander verschiedene Betätigungsfelder, die die offene Fürsorge der Anstalt umfaßt: die Fürsorge in der Stadt Freiburg und die ländliche Fürsorge. Durch freundliches Entgegenkommen des Fürsorgeamts Freiburg wurde uns ein Zimmer in der alten Karlskaserne, wo auch die anderer Zweige der allgemeinen Fürsorge ihre Geschäftsstellen haben, zur Verfügung gestellt, wodurch das Zusammenarbeiten mit diesen Fürsorgestellen wesentlich erleichtert wurde. Hier werden nun regelmäßig an jedem Montag von 3—5 Uhr Beratungsstunden für entlassene Kranke abgehalten, nachdem seinerzeit noch durch Direktor *Groß* in einem Zeitungsartikel auf diese Einrichtung aufmerksam gemacht war.

Die Fürsorge auf dem Lande wurde in der Weise aufgenommen, daß der Fürsorgearzt an einem bestimmten Tage in der Woche mit dem Auto hinausfuhr und zunächst die von uns seit 1. 1. 26, also im letzten Jahre entlassenen Kranken, besuchte und gegebenenfalls mit den Fürsorgeämtern, Bezirksämtern und Bezirksfürsorgeschwestern Rücksprache nahm. Bald wurden unserer Fürsorge auch von der psychiatrischen Klinik Freiburg und von Illenau entlassene Kranke zugewiesen, auch machten uns die Bezirksfürsorgeschwestern und städtischen Fürsorgeschwestern auf diesen oder jenen Kranken aufmerksam, und auch diese wurden dann von uns mitversorgt. Seit Juni 1927 haben wir auch zu unserem Fürsorgebezirk, Kreis Freiburg und Lörrach, noch den Bezirk Lahr des Kreises Offenburg hinzugenommen, einerseits, weil gerade dieser Bezirk uns sehr gelegen ist, andererseits auch, weil wir gerade in diesen Bezirk schon verschiedene Patienten entlassen hatten, die auf eine Befürsorgung warteten. Das Hauptkontingent von Entlassenen stellt aber in diesem Bezirk die Anstalt Illenau, die uns ihre nach dort Entlassenen zur Befürsorgung überweist, soweit das dort für nötig gehalten wird. Über solche Kranke wird die Anstalt Illenau dann von uns auf dem Laufenden erhalten.

Daß die offene Fürsorge für entlassene Geisteskranke eine bisher bestandene Lücke in der allgemeinen Fürsorge ausfüllte, erwies sich bald. Die Beratungsstunde in Freiburg war von Anfang an ganz gut besucht, wenn die Besucherzahl auch nie die Höhe erreichte und erreichen wird, wie z. B. in Karlsruhe und Mannheim, wo von Illenau bzw. Wiesloch eine solche Beratungsstunde eingerichtet ist. Daß die Fürsorgeberatungsstunde in Freiburg weniger aufgesucht wird als in Karlsruhe und Mannheim und in erster Linie nur besucht wird von unseren entlassenen Kranken, liegt daran, daß, abgesehen von der größeren Einwohnerzahl von Karlsruhe und Mannheim, von der psychiatrischen Klinik Freiburg eine ausgedehnte poliklinische Tätigkeit

entfaltet wird, die natürlich an erster Stelle die Bevölkerung von Freiburg und näherer Umgebung erfaßt und von dieser in Anspruch genommen wird, ferner, daß unsere Fürsorge ganz überwiegend eine soziale und weniger eine ärztliche ist. Auch kommt noch hinzu, daß gegen Emmendingen ein starkes Vorurteil besteht, und Emmendingen als die Anstalt für Unheilbare gilt, was in Wirklichkeit gerade in den letzten Jahren keineswegs der Fall ist. Natürlich haben sich in Emmendingen im Laufe der Jahre dadurch, daß es Übernahmeanstalt der psychiatrischen Klinik Freiburg ist und auch bei der Auflösung von Pforzheim viele chronische Kranke übernehmen mußte, auch von Illenau manche nach hier überführt sind, viele unheilbare Kranke angesammelt. Aber es ist doch nicht so, wie der Laie schließt, daß derjenige Kranke, der nach Emmendingen verbracht wird, deshalb dorthin kommt, weil man ihn für unheilbar hält. Dieser Auffassung steht auch die Entlassenenziffer der Anstalt entgegen, die z. B. 1927 = 520, 1928 = 542 betrug.

Also wie gesagt, die Beratungsstunde in Freiburg war, wenn man alle diese Umstände berücksichtigt, von Anfang an ganz gut besucht, und auch die Kranken auf dem Lande und ihre Angehörigen waren durchweg recht erfreut, daß man sich um sie kümmerte und den Connex mit ihnen wieder herstellte. Und jetzt zeigte sich auch, daß die früheren Erkundigungen nach dem Ergehen der entlassenen Patienten die persönlichen Besuche des Fürsorgearztes und der Fürsorgepflegerin doch nicht ersetzen können. Während die Ausübung unserer offenen Fürsorge in Freiburg sich im Ganzen ziemlich einfach gestaltete — die Patienten wurden zur persönlichen Vorstellung in die Beratungsstunde zu der angegebenen Zeit aufgefordert, andere wurden zu Hause besucht — machte das Ausfindigmachen der Patienten auf den Dörfern schon größere Schwierigkeiten. Es erforderte oft viel Zeit und Mühe bis man die Patienten gefunden hatte, zumal man doch auch jedes Aufsehen dabei vermeiden wollte. Aber auch sonst ergeben sich manche Unannehmlichkeiten bei der ländlichen Fürsorge. Abgesehen davon, daß man die Kranken naturgemäß nicht so häufig besuchen kann wie in Freiburg, trifft man sie oft, namentlich in den Sommermonaten, nicht an, da sie auf dem Felde sind, und auch sonst ist niemand daheim, der uns Auskunft geben könnte. Manchmal kann man sich bei den Nachbarn erkundigen, doch wird das oft von den Angehörigen oder Kranken nicht gerne gesehen. Ist ein Vertrauensmann im Orte selbst, so kann man sich bei diesem Auskunft holen, häufig ist das aber nicht der Fall, besonders in konfessionell gemischten Gegenden, und dann bleibt nichts übrig, als unverrichteter

Sache wieder abzufahren. Wenn man sich auch große Mühe gibt, die Besuche möglichst unauffällig zu gestalten, so ist es in einem kleinen Dorfe oft doch nicht möglich, jedes Aufsehen zu vermeiden. Daß wir nicht direkt vor das Haus fahren oder das Auto womöglich mit einer Roten Kreuz-Flagge versehen, ist selbstverständlich, aber schon das Halten eines Autos im Dorfe lockt oft Neugierige heran und lenkt die Aufmerksamkeit der Bewohner auf den Besuch hin. Es sind das oft recht wenig angenehme Situationen, in die man dabei kommen kann. Jetzt, nachdem man weiß, wo die Patienten wohnen, geht es mit den Besuchen schon viel schneller und unauffälliger und auch solche, die zum erstenmal besucht werden, verursachen weniger Mühe, nachdem wir uns angewöhnt haben, uns schon bei der Entlassung oder schon vorher genau nach ihrer Wohnung, Straße, Hausnummer usw. zu erkundigen, auch werden wir oft von den schon früher besuchten Kranken des betreffenden Ortes in der Auffindung der neuentlassenen Kranken angenehm unterstützt.

Die Besuche bei den einzelnen Kranken in Freiburg sowohl wie auf dem Lande haben nun nicht nur den Zweck, uns über das Ergehen der Patienten auf dem Laufenden zu erhalten, sondern sollen auch dazu dienen, die Angehörigen der Patienten über die Erkrankung der Betreffenden und über Geisteskrankheiten im Allgemeinen, Einrichtung und Zweck der Irrenanstalt aufzuklären. Es soll auf diese Weise erreicht werden, daß oft noch recht mittelalterliche Vorstellungen über Geisteskrankheit und Irrenanstalt und die Angst davor allmählich verschwinden, so daß die Leute draußen in Geisteskrankheiten nicht mehr etwas Besonderes sehen und sich daran gewöhnen, Geisteskrankheiten und Geisteskranke wie jede andere Krankheit und jeden anderen Kranken zu betrachten. Und diese Aufklärung in der Familie Erkrankter ist sicher die fruchtbringendste und kann durch keinen öffentlichen Vortrag ersetzt werden.

Die Beratung in der Fürsorgesprechstunde und auch auf dem Lande ist selbstverständlich unentgeltlich. Ärztliche Behandlung findet prinzipiell nicht statt, auch haben wir es grundsätzlich abgelehnt, Schlaf- oder Beruhigungsmittel zu verordnen oder abzugeben, wie dies von den Kranken und ihren Angehörigen häufig gewünscht wird. Ob sich das auf die Dauer als zweckmäßig erweisen wird, möchten wir bezweifeln, vorläufig werden wir aber an diesem Grundsatz festhalten. Die Beratung erstreckt sich nicht nur auf die rein medizinischen Fragen, sondern besonders auch auf Arbeitsvermittlung, Wohnungsbeschaffung, Pflegerbestellung usw., sonstige Hilfeleistung jeder Art. Manchmal ist es vorgekommen, daß Leute, die einen Erkrankten zu

Hause oder in der Familie hatten, der noch nicht in einer Anstalt untergebracht war, sich einfanden, um einmal zu hören, wie es in einer Anstalt zugeht, und wie die Kranken dort untergebracht sind, lediglich auch aus dem noch weitverbreiteten und tief wurzelnden Mißtrauen gegen die Anstalt heraus. Auch haben in letzter Zeit Leute die Beratungsstunde aufgesucht, um sich nach einem ihrer Angehörigen in der Anstalt zu erkundigen, und sich auf diese Weise einen oft zwecklosen, Besuch in der Anstalt zu ersparen. Die Befürchtung, die man hatte, daß nämlich für die Kranken diese Fürsorgebesuche unangenehm sein könnten, bestätigten sich anfangs nicht. Alle Patienten und auch ihre Angehörigen waren durchweg sichtlich erfreut über die Besuche, sprachen das offen aus, erklärten sogar, daß diese Fürsorge für die entlassenenen Kranken schon viel früher hätte eingerichtet werden müssen, da für alle andern Kranken, sogar für entlassene Strafgefangene gesorgt und sich ihrer angenommen würde, während für die aus der Anstalt Entlassenen, denen es am schwersten falle, wieder in die menschliche Gesellschaft eingereiht zu werden und eine Stelle zu bekommen, bisher nichts geschehen sei. Im Laufe der Zeit machten wir allerdings die Erfahrung, daß ein häufigeres Besuchen weniger angenehm empfunden zu werden schien, als es anfangs den Eindruck erweckte, besonders wenn es den Kranken weiterhin gut ging. Die alte Vorstellung, in Geisteskranken und Geisteskrankheit etwas Besonderes zu sehen, trat auch hier störend in die Erscheinung. Die Kranken selbst halten sich eben für gesund und fühlen sich durch die Besuche seitens der Anstalt an ein für sie unangenehmes Erlebnis erinnert — wie es die Krankheit und der Anstaltsaufenthalt für sie ist – was sie zu verdrängen suchen. Auch die Angehörigen, die ja oft selbst psychisch nicht einwandfrei sind, sind häufig der Auffassung, daß durch die geistige Erkrankung eines ihrer Familienmitglieder, die ja ihrer oft sich selbst vorgetäuschten Ansicht nach meistens nur ein „nervöses Leiden“ war, das sie fast immer auf eine äußere Ursache zurückführen, ein Makel an ihnen und ihrer Familie haften bleiben könnte. Vor allem war es auch wohl die Befürchtung, daß durch die Fürsorgebesuche bei der Umgebung — Nachbarn, Freunden und Bekannten — der Eindruck erweckt werden könnte, daß sie noch als geisteskrank zu gelten hätten. Sie verbaten sich die Besuche nicht direkt, aber gaben doch ab und zu zu verstehen, daß man sich nicht weiter bemühen möchte. Es ist das allerdings ein nicht häufiges Vorkommnis gewesen, aber es ist doch vorgekommen und muß auch für die Zukunft als etwas Unangenehmes in Rechnung gestellt werden bei der Fürsorgetätigkeit. Frauen waren immer, auch heute noch, sehr erfreut über die

Fürsorgebesuche, aber da es sich bei ihnen um Patientinnen handelt, die ich genau, oft schon seit Jahren kenne, so sehen diese die Besuche mehr als freundschaftliche, weniger als Fürsorgebesuche an, was bei den Männern, mit denen ich wenig, oft gar nicht vorher in Berührung gekommen bin, nicht der Fall ist. Es ist daher oft nicht leicht, das Richtige zu treffen, da wir uns keineswegs aufdrängen wollen, andererseit es aber für unsere Pflicht halten, uns um die Kranken zu kümmern, ihnen zu helfen, sie zu fördern. Und das haben wir auch getan, wo wir konnten, indem wir ihnen in Freiburg sowohl wie auf dem Lande behilflich waren, Arbeitsstellen ausfindig zu machen, ihnen Wohnungen oder sonst ein Unterkommen zu beschaffen, haben sie auch ab und zu pekuniär unterstützt, um sie über die erste Zeit ihres Draußenseins hinwegzubringen. Natürlich sind die pekuniären Mittel nur gering, aber doch haben wir auch mit dem Wenigen, was uns zur Verfügung stand, oft helfen können. Manchmal waren die geldlichen Unterstützungen nicht angebracht und erfüllten ihren Zweck nicht, und wir sind dann dazu übergegangen, nicht bares Geld, sondern Anweisungen auf Ausstattungsgegenstände, Schuhe, Kleidungsstücke, auch Handwerkszeug zu verabfolgen. Ein Mißstand trat bei unserer Fürsorge anfangs noch oft unliebsam in die Erscheinung, daß nämlich die Krankenkassen Schwierigkeiten machten, die nur beurlaubten Patienten aufzunehmen, auch wenn sie in einer Stelle gegen Lohn untergebracht waren. Man kann es ja den Krankenkassen an sich nicht verübeln, wenn sie sich sträuben, beurlaubte Kranke aufzunehmen, da sie ja bei einem Rückfall, der doch nicht so selten ist, eventuell zur Unterhaltung oder Unterstützung verpflichtet sind, aber andererseits konnten wir die Kranken auch nicht sofort definitiv entlassen, da dann sich die Gemeinden wieder weigerten, solche Kranke bei sich zu dulden, wenn es nicht gerade die an sich schon unterstützungspflichtige Gemeinde war. Auch das ist ja menschlich und wirtschaftlich verständlich, aber für die armen Kranken doch recht hart. Ist es doch vorgekommen, daß Kranke in die Anstalt zurückkehren mußten, lediglich weil die betreffende Gemeinde befürchtete, eventuell bei einem Rückfalle die Kosten der erneuten Anstaltsbehandlung tragen zu müssen, während sie bisher von einem andern Verband oder einer andern Gemeinde bestritten wurden. Nach der letzten von uns herbeigeführten Entscheidung des badischen Landesversicherungsamtes sind die Krankenkassen allerdings verpflichtet, beurlaubte Kranke, die gegen Lohn beschäftigt sind, soweit sie arbeitsfähig sind, aufzunehmen. Damit fallen die Schwierigkeiten seitens der Krankenkassen weg. Es kommen aber für die Frühentlassung auch Kranke in Frage,

die noch nicht vollarbeitsfähig und daher nicht versicherungspflichtig sind. Es ist nun aber nicht immer möglich, diese Kranken gerade in die für sie zahlungspflichtige Gemeinde zu entlassen. Vielfach müssen in der Nähe der Anstalt gelegene Gemeinden als Entlassungsorte herangezogen werden. Diese aber lehnen die Aufnahme eines solchen Kranken ab, da sie nach der Fürsorgepflichtverordnung bei Wiedereintritt der Anstaltspflegenotwendigkeit zahlungspflichtig würden. Einen Ausweg aus diesem Dilemma haben wir durch Wiedereinführung der alten Familienpflege in etwas anderer Form gefunden. Wir beurlauben die Patienten in eine Arbeitsstelle, meist in der Nähe der Anstalt. Der zahlungspflichtige Verband zahlt an uns täglich etwa —,80—1,50 Mk., die dem Kranken gutgeschrieben werden. Von diesem Geld besorgen wir ihm Kleider, Schuhe, Wäsche usw., der Arbeitgeber stellt Wohnung und Verpflegung und gibt ihm ein kleines Taschengeld für alltägliche Bedürfnisse. Während das übrigbleibende Geld später dem Kranken gehört, könnte aber auch bei geringerer Leistung und vermehrter Pflege dem Arbeitgeber eine bestimmte Summe davon als Beihilfe gewährt werden. Die so untergebrachten Kranken, die ja noch zur Anstalt gehörig gelten, werden dann auch durch die offene Fürsorge der Anstalt mitbetreut. Aber meistens ergeben sich ja alle diese Schwierigkeiten nicht, da ja die Kranken zum größten Teil nach Hause oder in schon an sich unterstützungspflichtige Gemeinden entlassen werden. Im allgemeinen gelten alle Kranken, die zur Entlassung kommen, die ersten 14 Tage als beurlaubt, also noch zur Anstalt gehörig, und dann schließt sich ganz automatisch die definitive Entlassung an. In besonderen Fällen haben wir die Beurlaubung noch um weitere 14 Tage verlängert, meist auf Wunsch der Angehörigen, die dem Entlassungsversuch selbst skeptisch gegenüber standen. Anfangs haben wir die Beurlaubung allgemein länger ausgedehnt, auf ein Viertel- oder halbes Jahr und noch weiter, aber das ist nicht angängig, weil wir dadurch mit dem J. F. G. in Konflikt geraten. Es hätten ja diese längeren Beurlaubungen, wenn sie gesetzlich zulässig wären, manches für sich und wären auch zweckmäßig, so namentlich bei Trinkern und Psychopathen aus erzieherischen Gründen, denn bekanntlich hält Trinker häufig nur die Angst vor der über ihnen schwebenden Gefahr der sofortigen Rückverbringung in die Anstalt aufrecht, viele werden rückfällig, sobald die Entlassung ausgesprochen ist. Das Verfahren bei der Entlassung in die offene Fürsorge ist im allgemeinen folgendes:

Ist ein Patient unserer Meinung nach entlassungsfähig, wobei wir entschieden weitherziger sind als früher und es auch sein können,

so werden die Angehörigen, wenn sie nicht schon selbst um die Entlassung der Betreffenden nachgesucht haben, benachrichtigt, und zwar meist durch die Patienten selbst, indem wir regelmäßig ihren Briefen einige aufklärende Worte hinzufügen, damit die Angehörigen sehen, daß der Patient mit unser Einwilligung geschrieben hat, und wir ihn auch für entlassungsfähig halten, oder aber wir sehen uns nach einer geeigneten Stelle für den Kranken um, was ja oft bei der heutigen großen Arbeitslosigkeit viel Mühe macht, manchmal aber auch, namentlich für landwirtschaftliche Arbeiter, bei der Nachfrage aus der näheren Umgebung der Anstalt, leichter zum Ziel führt, als man denkt. Besser ist es allerdings, wenn man schon vorher mit den Angehörigen oder sonstigen Interessenten an Ort und Stelle Rücksprache nehmen und die Verhältnisse vorher prüfen kann. Ab und zu haben wir dies auch schon bei den regelmäßigen Fürsorgefahrten getan, sind auch schon eigens zu diesem Zweck hinausgefahren. Oft haben uns auch die Fürsorgeschwestern wichtige und nützliche Fingerzeige in dieser Richtung gegeben, auch die Vertrauensleute sind zuweilen deswegen angegangen worden. In Freiburg haben wir oft die Vermittelung des Arbeitsamtes in Anspruch genommen. Kommt der Kranke nun zur Entlassung, so haben wir, abgesehen von der üblichen ärztlichen Mitteilung an den Bezirksarzt, die Fürsorgeschwester des betreffenden Bezirks noch etwas näher über den Kranken informiert, d. h. ihr mitgeteilt, was bei dem Pat. besonders zu beachten ist, eventuell welche besonderen Gefahren für ihn bestehen und sie gebeten, sich gelegentlich bei ihren regelmäßigen Fürsorgegängen auch nach diesem Kranken umzusehen und uns in besonderen Fällen zu benachrichtigen. Bekamen wir keine Nachricht, so konnten wir daraus schließen, daß alles in Ordnung war, und wir haben dann den Kranken bei der nächsten Fürsorgefahrt in diesem Bezirk besucht. In Freiburg wurden die entlassenen Kranken und auch ihre Angehörigen in eine der nächsten Beratungsstunden einbestellt oder auch alsbald zu Haus aufgesucht. In ländlichen Bezirken können naturgemäß die Besuche meist nicht so häufig stattfinden, wie das in Freiburg möglich und oft wünschenswert ist, aber es hat sich gezeigt, daß eine so nachdrückliche Überwachung und Befürsorgung dort meist gar nicht in derselben Weise nötig ist, wie in der Stadt, denn die ländliche Umgebung verträgt im Allgemeinen psychisch Auffällige besser als die Stadt, und in der Stille eines Dorfes oder gar eines Einzelhofes kann ein schon verhältnismäßig schwer Abwegiger frei leben, der in der Stadt völlig unmöglich wäre. Auch ist es ja eine alte Tatsache, daß die Anstaltsbedürftigkeit häufig mehr durch die Umgebung der Kranken bedingt ist, als durch die Art seiner

Erkrankung. Es ist ein großer Unterschied, ob ein Kranker zu seiner Familie kommt oder zu fremden Leuten, ob die Umgebung Verständnis zeigt oder ob ihr alles zu viel ist für den Kranken, und sie jede Unbequemlichkeit durch den Kranken nur widerwillig erträgt. Was mancherorts eine Mutter für ihr geisteskrankes Kind tut, was sie duldet und an Arbeit, Mühe und Unannehmlichkeiten dabei auf sich nimmt, darin wird sie wohl von keinem andern übertroffen.

Wiederaufnahmen werden von uns nicht getätigt. Erweist sich ein Kranker draußen unmöglich, und haben wir selbst die Überzeugung gewonnen, daß es nicht geht, so raten wir den Angehörigen, sich mit dem Bezirksamt betr. Wiederaufnahme des Kranken in Verbindung zu setzen. Im Notfalle, d. h. wenn Gefahr von seiten des Kranken für sich oder andere bestände, würden wir auch wohl selbst den Bezirksarzt benachrichtigen. Es war das aber bisher noch nicht nötig. Wir dürfen im allgemeinen die Wiederaufnahme von uns aus nicht in die Wege leiten, um bei den Kranken kein Mißtrauen zu erwecken und bei ihnen die Meinung aufkommen zu lassen, als ob unsere Fürsorgebesuche nur Kontrollbesuche wären. Es ist auch so schon gar nicht einfach, den Angehörigen klar zu machen, daß wir nicht in der Absicht kommen, den Kranken zu kontrollieren oder gar seine Rückverbringung in die Anstalt zu betreiben, während doch gerade das Gegenteil der Fall ist, und ab und zu hat es schon vieler Worte bedurft, um sie zu überzeugen, daß die Anstalt und die Ärzte persönlich keinen materiellen Vorteil an einem Aufenthalt des Kranken in der Anstalt haben, an ihnen nichts verdienen, und daß auch die Fürsorgefahrten uns keine materiellen Vorteile bringen.

Wir haben nun bei unseren Fürsorgefahrten nicht nur unsere entlassenen Kranken besucht und uns umgesehen, in welchen Verhältnissen sie draußen untergebracht sind, dabei die Angehörigen aufgeklärt, Vorurteile zerstreut, Mißstände in der Unterbringung abgestellt, sondern wir haben auch verschiedentlich bei Angehörigen von Anstaltsinsassen vorgesprochen, auch wenn eine Entlassung derselben wegen ihres psychischen Zustandes nicht in Frage kam, meist sogar ausgeschlossen war. Wir haben ihnen von ihren Familienangehörigen in der Anstalt berichtet, sie beruhigt, getröstet, Mißtrauen gegen die Anstalt, das ja leider noch häufig besteht, zu verscheuchen gesucht, Mißverständnisse aufgeklärt usw. und fanden gerade bei diesen Leuten immer ein dankbares Verständnis. Auch hierdurch soll erreicht werden, daß der Konnex der Anstalt mit den Angehörigen der Kranken immer inniger wird. In letzter Zeit haben wir auch angefangen gelegentlich unserer Fürsorgefahrten den Bezirksfürsorge-

schwestern neben den üblichen Besprechungen kleine Vorträge zu halten über Geisteskrankheiten, ihre Ursachen und Kennzeichen, Arbeitstherapie, offene Fürsorge usw. Vereinzelt haben wir auch durch Führung durch die Anstalt sie mit der Einrichtung der Anstalt und der Behandlung der Kranken bekanntgemacht.

Die alte Erfahrungstatsache, daß sich Schizophrene besonders gut für Frühentlassungen eignen, haben auch wir in unserer Fürsorgetätigkeit bestätigt gefunden. Wir waren häufig überrascht, zu sehen, wie viel freier die Patienten geworden waren, und wie wenig Schwierigkeiten sie im allgemeinen machten. Natürlich besteht auch hier der große Unterschied zwischen Stadt und Land, auf den ich vorhin schon hingewiesen habe, und auch in der sonstigen Umgebung, ob der Patient bei Angehörigen oder fremden Leuten untergebracht ist. Auch Psychopathen hielten sich draußen manchmal besser, als man erwartet hatte. Die eigentlichen Sorgenkinder, auch in der offenen Fürsorge, bilden die Alkoholiker, mit den wir durchweg schlechte Erfahrungen gemacht haben.

Daß durch die offene Fürsorge viel Gutes gestiftet werden kann, ist sicher, nur darf man sich keinen übertriebenen Hoffnungen hingeben; denn auch hier sind Grenzen gezogen. Auch sind die geldlichen Mittel, die für diese Fürsorge vom Staat aufgewandt werden, ohne Zweifel gut angelegt. Ist es doch durch die offene Fürsorge für entlassene Geisteskranke in Baden, die über 3000 Patienten umfaßt, gelungen, die Anstalten aufnahmefähig zu erhalten und den weiteren Ausbau von Konstanz bisher zu vermeiden. Es sind also dem Staat und damit auch der Allgemeinheit erhebliche Summen erspart, die für die offene Fürsorge nicht im Entferntesten aufgewandt worden sind. Die offene Fürsorge für entlassene Geisteskranke an unserer Anstalt verursachte im Jahr etwa 3000.— Mk. Unkosten (Auto, Tagegelder usw.). Wenn man nun bedenkt, daß der Staat bei jedem Patienten täglich 1.— Mk. zuschießt, so wäre die Summe von 3000.— Mk. aufgebracht, wenn an allen befürsorgten Patienten zusammen 3000 Tage Anstaltsaufenthalt gespart würden. Unsere offene Fürsorge umfaßtr und 300 Patienten. Also müßte jeder dieser Patienten durch unsere fürsorgerischen Bemühungen entweder 10 Tage früher zur Entlassung kommen oder 10 Tage länger draußen bleiben, um die Summe von 3000.— Mk. einzubringen. Sicher hat unsere Fürsorge dies bei sehr vielen erreicht, bei manchen sogar erheblich mehr, bei vielen allerdings auch wohl nicht. Die Ersparnisse bestehen aber nicht nur in der 1.— Mk. Staatszuschuß täglich, sondern die Angehörigen, die Gemeinden, Fürsorgeverbände usw. bezahlen ja auch noch täglich durchschnittlich 3,50 Mk.,

und da diese Summe schließlich auch wieder durch die Allgemeinheit aufgebracht werden muß wie der Staatszuschuß, gestaltet sich das Verhältnis der Ersparnisse durch die offene Füsrorge zu den zu gewinnenden Verpflegungstagen der 300 befürsorgten Patienten noch viel günstiger. Dazu kommt noch, daß viele Patienten als arbeitsfähig entlassen werden, draußen verdienen und dadurch selbst die Allgemeinheit weiter entlasten. Die Ersparnisse, die durch die offene Fürsorge getätigt werden, genau rechnerisch zu erfassen, ist ja so gut wie unmöglich, denn es spielen dabei so viele andere Momente mit oder können mitspielen, daß man nie sicher sagen kann, was nur auf Konto „Fürsorge" zu schreiben und nicht vielmehr auch auf Konto „Angehörige, äußere Verhältnisse" zu setzen ist. Und doch haben wir auch bei unserer erst kurzen Fürsorgetätigkeit schon mehrere Fälle zu verzeichnen, denen es lediglich dadurch, daß wir sie draußen betreut, ihnen oft geholfen haben, sie mit Rat und Tat, auch manchmal mit kleinen Geldsummen unterstützten, möglich war, sich draußen zu halten. Natürlich darf man sich keiner Mühe verdrießen lassen, zumal manche Kranke die Fürsorge sehr reichlich in Anspruch nehmen.

Aber abgesehen von dieser wirtschaftlichen Seite ist die offene Fürsorge auch notwendig im Interesse der Kranken selbst, denen es oft nur auf diese Weise ermöglicht wird, schon früh aus der Anstalt wieder entlassen und ihrer Familie zurückgegeben zu werden, und ferner wäre es auch ein Unrecht, den geistig Kranken schlechter zu stellen, als alle andern Kranken, für die schon längst fürsorgerisch gesorgt wird.

Um die Befürsorgung aber nicht ins Uferlose auszudehnen, geradezu zu übertreiben, sich aufzudrängen, sind wir dazu übergegangen, Patienten, die ein Jahr nach der Entlassung die Fürsorge nicht mehr in Anspruch genommen haben, aus der Fürsorge ausscheiden zu lassen, wenn sie nicht ausdrücklich um weitere Befürsorgung bitten, und sie nur noch ziffernmäßig — latent — in unseren Listen zu führen und uns vielleicht nur gelegentlich durch die Bezirksfürsorgeschwester und die Vertrauensleute über ihr Ergehen unterrichten zu lassen.

Am Ende des Jahres 1927 umfaßte unsere Fürsorge
156 Männer und 95 Frauen = 251

Am Ende des Jahres 1928
159 Männer und 157 Frauen = 316

Die Zahl der Besuche betrug im Jahre 1927 = 797
„ „ 1928 = 838

In der Beratungsstunde „ „ 1927 = 232
„ „ 1928 = 378

An schriftlichen Äußerungen — Briefe, Anfragen usw. — für unsere Befürsorgten gingen im Laufe des Jahres
1927 = 371 Schriftstücke
1928 = 387 „ hinaus.

Es ist die Fürsorgetätigkeit für entlassene Geisteskranke, wie sie jetzt von uns ausgeübt wird, eine recht vielseitige, und die Aufgaben, vor die man gestellt wird, sind nicht immer leicht, und es erfordert viel Mühe und Arbeit, um den Anforderungen der Befürsorgten nachzukommen und ihnen gerecht zu werden, zumal unsere Fürsorge in erster Linie eine ländliche ist, die an sich schon schwieriger, zeitraubender und anstrengender ist und in der Hauptsache in den Besuchen bei den Patienten und ihren Angehörigen besteht. Fehlschläge und Mißerfolge hat es natürlich auch in unserer Fürsorge schon gegeben und wird es auch weiter geben, aber im Ganzen können wir mit den Erfolgen zufrieden sein, und wir glauben auch, daß die Fürsorge für entlassene Geisteskranke weiter segensreich wirken wird im Interesse der Anstalt und besonders im Interesse der entlassenen Kranken und der Allgemeinheit überhaupt.

Sozial-psychiatrische Betrachtungen zur Alkoholfrage.

Von Med.-Rat Dr. **Jaeger**, Emmendingen.

Die Alkoholfrage steht heute mehr denn je im Brennpunkt der Diskussion, ein Beweis dafür, daß hier noch manches ungeklärt und unbefriedigend ist und daß — trotz der zahlreichen Veröffentlichungen der letzten Jahre auf diesem Gebiete — es sich durchaus verlohnt, das Erreichte zu überblicken und Umschau nach neuen Gesichtspunkten zu halten.

Nicht bloß bei uns, sondern bei allen Kulturvölkern wird dem Alkoholproblem heute ein gesteigertes Interesse entgegengebracht. So stellten z. B. schon verschiedene fremde Regierungen beim Völkerbund den Antrag, die Alkoholfrage in das Programm dieser Institution aufzunehmen — ein Vorschlag, über dessen Zweckmäßigkeit man allerdings verschiedener Meinung sein kann — und das „internationale Bureau zur Bekämpfung des Alkoholismus“ beantragte gemeinsame zwischenstaatliche Untersuchungen über die Alkoholwirkungen, über den Erfolg der gegen den Alkoholismus getroffenen gesetzgeberischen Maßnahmen, über die alkoholgegnerische Unterweisung usw.

Innenpolitisch spielt die Alkoholfrage bei uns wie anderwärts eine bedeutsame Rolle, als Parole beim Wahlkampf usw., bei uns in Deutschland hat sie sogar, worauf ich noch zurückkomme, außenpolitische Bedeutung.

Wissenschaftlich beruht diese Aktualität des Alkoholproblems auf zwei Tatsachen: erstens der beängstigenden Zunahme der Trunksucht in den letzten Jahren, und zweitens dem gegen früher ganz wesentlich veränderten „Gesicht" des heutigen Alkoholismus.

Bezüglich der ersten Erscheinung ist zunächst auf den vermehrten Alkoholkonsum hinzuweisen, wie er aus den nachfolgenden Zahlen des „Statistischen Jahresbuchs für das Deutsche Reich" hervorgeht: Nach vorübergehender Senkung setzt seit 4—5 Jahren wieder eine erhebliche Zunahme des Verbrauchs geistiger Getränke ein, und zwar insbesondere des Bierkonsums, der von rund 61 l pro Kopf im Jahre 1924 auf rund 81 l pro Kopf im Jahre 1927 anstieg, während der Weingenuß innerhalb dieses Zeitraums sich ziemlich gleich blieb. — Was den Branntweinverbrauch betrifft, so stieg dieser nach vorübergehender Senkung ebenfalls langsam wieder an: 1921/22 waren es 1,71 l pro Kopf, 1925/26 1,05 l und 1927/28 bereits wieder 1,37 l pro Kopf, wobei die großen Mengen des „schwarz gebrannten" und des importierten bzw. geschmuggelten ausländischen Branntweins nicht berücksichtigt sind. Daß diese letzteren, statistisch nicht erfaßbaren Posten ganz erhebliche sein müssen, ergibt sich aus dem weitgehend übereinstimmenden Eindruck der in der praktischen Trinkerfürsorge Tätigen, nach welchem in letzter Zeit gerade der Konsum der konzentrierten Alkoholika stark zunimmt. — Die Gesamtausgaben für geistige Getränke sind dementsprechend in Deutschland wieder in die Höhe gegangen: 1913/14 waren es rund 4 Milliarden, was einem Betrag von 61,5 M. pro Kopf entsprach, die Zahlen von 1924/25 betrugen 3,017 Milliarden bzw. 50,8 M. pro Kopf, während 1927/28 das verkleinerte und verarmte Deutschland bereits wieder 4,7 Milliarden hierfür ausgab, pro Kopf 74,5 M. — Selbstverständlich sind hierbei die speziell bei uns, im Südwesten des Reiches eine große Rolle spielenden beträchtlichen Mengen der privaten Obst- und Beerenweinerzeugung („Haustrunk") sowie der Klein- und Schwarzbrennerei, der Schmuggelware usw. nicht mitberechnet.

Statistisch auch nicht annähernd erfaßbar sind natürlich auch die Kosten, die dem einzelnen, den Krankenkassen, Fürsorgeämtern usw. aus den gesundheitlichen Schädigungen des Alkoholismus heute in zunehmendem Maße erwachsen.

Endlich sind auch bei Errechnung der Werte, die dem Volksver-

mögen durch den Alkoholismus verloren gehen, die steigenden Zahlen der Alkoholdelikte und der durch Alkohol bedingten Verkehrs- und sonstigen Unfälle, sowie zu guter Letzt die Lasten, die der Allgemeinheit durch die entartete Trinkernachkommenschaft aufgebürdet werden, zu buchen.

Dem gesteigerten Alkoholverbrauch parallel laufend bewegen sich die Dividendengewinne der Alkoholproduktions-Konzerne in aufsteigender Linie (pro 1928 zwischen 9 und 24% liegend), während gleichzeitig diejenigen wichtiger Industriegruppen, wie Spinnerei, Weberei, Metallindustrie, Bergbau usf. ganz erheblich tiefer liegen und zum Teil sich in fallender Linie bewegen (pro 1928 zwischen 1,7 und 5,2% Dividende).

Die Bedeutung dieser Zahlen wird dadurch noch eine ernstere, daß bekanntlich bei der Festsetzung der Höhe unserer jährlichen Tributzahlungen an die Siegerstaaten im Jahrgang 1929/30 erstmals der „Wohlstandsindex", der in erster Linie aus den Ausgaben für alkoholische Getränke errechnet wird, als Maßstab zu dienen hat. (Unser gesamter Kriegslastenetat für das Rechnungsjahr 1929 beträgt 4,5 Millarden Rm., davon 2,5 Milliarden „Reparationen" und rund 2 Milliarden „innere Kriegslasten").

Entsprechend diesem vermehrten Alkoholkonsum ist in den letzten Jahren auch eine rasche Zunahme der fürsorgebedürftigen Trinker zu verzeichnen, dergestalt, daß seit ca. 1925 die Vorkriegszahlen im ganzen erreicht und seither sogar überschritten worden sind.

Hiermit sind wir bereits bei dem zweiten Punkt angelangt, nämlich der inneren Strukturveränderung des heutigen Alkoholismus gegenüber dem der Vorkriegszeit. — Hier ist zunächst an die Tatsache zu erinnern, daß die Zusammensetzung der anstaltsbedürftigen Trinker sich in dem Sinne geändert hat, daß die massiven Alkoholpsychosen (Delir, Alkoholwahnsinn, Korsakoffsche Psychose usw.) zurücktreten zugunsten der trunksüchtigen Psychopathen, die heute das Bild beherrschen. Und wenn neuerdings auch die alkoholistischen Geistesstörungen wieder in rascher Zunahme begriffen sind, so bleibt doch im Vergleich zu früher die in die Augen fallende Änderung bestehen, daß heute eine Unzahl von konstitutionell-psychopathischen Trinkern der „Alkoholverwahrlosung" verfällt, die früher nicht anstaltsbedürftig wurden, zum mindesten nicht in dem gewaltigen Umfang von heute.

Im Zusammenhang hiermit ist auch die stärkere Beteiligung des weiblichen Elements am heutigen Alkoholismus zu erwähnen sowie die größere Verbreitung des Alkoholismus auf dem flachen Lande,

wo heute auf 2500 Bewohner bereits 1 fürsorgebedürftiger Trinker kommt.

Um die Ursachen dieser Erscheinungen zu ergründen, wird man sich darüber klar werden müssen, wieweit Intensität und Extensität des Alkoholismus von exogenen Faktoren abhängen.

Auf der einen Seite ist die Bedeutung der allgemeinen psychoneuropathischen und insbesondere der direkten alkoholistischen Erbbelastung für die Entstehung der Trunksucht kaum zu bestreiten, wenn man auch über die Frage der unmittelbaren alkoholistischen Keimschädigung (*Forels* „Blastophthorie") noch nicht einig ist. *Rüdin* (7) geht sogar so weit, zu sagen, daß „der Alkoholismus immer ein Symptom, eine Folge mangelhafter geistiger Veranlagung, Störung und charakterologischer Defekte aller Art ist". — Zum mindesten ist die Art der alkoholistischen Reaktion des Individuums weitgehend von konstitutionellen Faktoren abhängig, und wir können an den anstaltsbedürftig gewordenen Alkoholikern auch sehr deutlich die verschiedenen konstitutionell-psychopathischen Typen unterscheiden, die cyclothymen und die schizothymen Trinker, die leicht erregbaren alkoholistischen Neurotiker, die oligophrenen Potatoren usw. — Auch darf nicht übersehen werden, daß bei einer gewissen, von einzelnen Autoren bis zu 10% geschätzten Prozentzahl der Alkoholismus lediglich als Begleiterscheinung einer bereits manifesten Geisteskrankheit, z. B. einer Schizophrenie, aufzufassen ist.

Auf der andern Seite aber lehren die statistischen Tatsachen, auf die ich später näher einzugehen habe, daß auch die exogenen Faktoren, die Milieuschäden usw. bei der Entstehung des Alkoholismus eine sehr gewichtige Rolle spielen. So bezeichnet *Cimbal* (1) die heutige Trunksucht als „eine Entgleisungsform der verwahrlosenden Bevölkerungsschichten" und definiert ihr Wesen als „Rauschhunger, d. h. als Unfähigkeit, die zum harmonischen Lebensgefühl erforderlichen seelischen Inhalte in höherer Form als durch Rauschgifte zu erlangen". Die Zunahme des Alkoholismus führt er zurück auf unsere kulturarme Zivilisation, die kein ausreichendes Gegengewicht gegenüber der durch technische und wirtschaftliche Bedingungen gegebenen Willkür der Lebensmöglichkeiten bilde; er beschuldigt die moderne Mechanisierung der Arbeit und ihre dadurch bedingte Entwertung, die dem einzelnen die Verantwortung nicht nur für seine Leistung, sondern auch für seine Existenz nehme, und meint, ein wesentlicher Teil der Trinker sei durch diese Schuld der Zivilisation aus der angeborenen Verwahrlosungsbereitschaft in die endgültige, fortschreitende Verwahrlosung geraten.

Einzelne Autoren gehen sogar noch weiter in der Bewertung der exogenen Momente. So sagt *Bonhoeffer*: „Deutlich ergibt sich die ganz überwiegend soziale Bedingtheit auch der schweren Alkoholismusformen, entgegen der Auffassung, daß bei diesen der endogene Faktor von ausschlaggebender Bedeutung sei".

Auch *Hellpach* nennt den Alkoholismus eine im wesentlichen soziale bzw. eine „Umwelts-Krankheit".

Mag man nun auch nicht ganz so weit wie die beiden letztgenannten Autoren gehen, jedenfalls wird man die Tatsache des heute anwachsenden und strukturell erheblich veränderten Alkoholismus in Deutschland zwanglos mit dem äußeren Moment der schweren wirtschaftlich-sozialen Erschütterungen unserer Zeit und der damit verbundenen psychisch-nervösen Überbelastung in ursächlichen Zusammenhang bringen können. Man hat sich vor Augen zu halten, daß heute in Deutschland ein ganz erheblicher Bruchteil der Bevölkerung aus Entwurzelten und „Umgestellten" besteht, die zum Teil unter äußerst ungünstigen Bedingungen den Daseinskampf zu führen haben. Daß unter diesen Umständen die konstitutionell weniger Resistenten und Anpassungsfähigen in einem stärkeren Ausmaß als vor dem Krieg existenzuntüchtig werden und dem Alkohol viel leichter erliegen, sowie daß letzterer psychisch-körperlich Anfällige noch viel rascher und schwerer schädigt als unverbrauchte Menschen, leuchtet ein. — Viel Schuld an der heutigen Verwahrlosung der Trinker tragen selbstverständlich auch die, wie *Cimbal* treffend bemerkt, zu einem großen Teil ins Unnatürliche verzerrten modernen Lebensbedingungen sowie das heutige Vergnügungsleben, in dem ein Fest das andere ablöst, wobei „Fest" mit „causa bibendi" gleichzusetzen ist, und wobei einem manchmal der Gedanke kommt, daß das Alkoholkapital hinter den Kulissen als Veranstalter und Drahtzieher figuriert. Daß hierdurch die konstitutionell Widerstandsschwachen und die sozial wackeligen Elemente leicht zu Fall kommen und nicht mehr zu einem geordneten, arbeitsamen Leben zurückfinden, liegt auf der Hand.

Es ist nun ferner auch eine deutliche Verschiebung hinsichtlich der Verbreitung der Trunksucht unter den einzelnen Bevölkerungsschichten zu verzeichnen, und zwar in dem Sinne, daß die Gesamtzahl der abstinent oder hinreichend abstinent Lebenden mit den steigenden Alkoholpreisen gegenüber der Vorkriegszeit zugenommen hat — sie beträgt heute nach *Cimbals* wohl etwas zu hoch gegriffener Schätzung landschaftsweise fast zwei Drittel der Gesamtbevölkerung, während sie vor dem Kriege nur ca. ein Drittel betrug.

Gleichzeitig aber ist der Grad der Alkoholverwahrlosung unter

der trinkenden Bevölkerung erheblich stärker geworden. Unter letzterer sind zwei Kategorien zu unterscheiden: 1. die trunkgewohnten Schichten (Stammtischtrinker, Beamte, Akademiker, Kaufleute usw.), die verhältnismäßig selten an den schwereren Formen der psychischen Alkoholschäden erkranken, trotzdem sie körperlich die typischen Zeichen der Alkoholschädigung aufweisen und der letzteren somatisch auch oft erliegen. — 2. die süchtigen Trinker, unter denen das Proletariat und die psychisch-konstitutionell Unterwertigen, die Verbrechertypen, die Arbeitsscheuen, Dirnen, Landstreicher usw. vorwiegen und die sehr viel häufiger die schweren und schwersten Formen alkoholistischer Entartung aufweisen. — Was die starke Beteiligung des Proletariats an letzterer Trunksuchtsform betrifft, so ist sie zum Teil wohl auf die unter diesen „unausgelesenen" Volksschichten häufigeren psychisch-nervösen Unterwertigkeiten zurückzuführen, zum Teil aber auch auf die unter diesen Kreisen herrschenden Lebensgewohnheiten und Trinksitten. Jedenfalls kann der wirtschaftliche Notstand dieser Volkselemente keine ausschlaggebende Rolle dabei spielen, denn es ist statistisch erwiesen, daß beim Arbeiter mit steigendem Einkommen durchschnittlich auch der Alkoholkonsum steigt, und zwar nicht bloß qualitativ, sondern auch quantitativ. Die manuellen Arbeiter sind, abgesehen von der Milieuwirkung, eben auch deshalb mehr zum Alkoholismus disponiert, weil sie die Alkoholwirkung bei ihrer körperlichen Arbeit nicht so sehr als hemmend empfinden wie der Kopfarbeiter. Im Gegenteil, es ist experimentell erwiesen, daß trotz bedeutender Verringerung der Gesamtleistung nach mäßigen bis mittleren Alkoholmengen das subjektive Gefühl die körperliche Arbeit erheblich leichter erscheinen läßt als vorher und daß dadurch das lästige Ermüdungsgefühl hinausgeschoben wird. Die rasche Gewöhnung an das Stimulans erfordert dann allerdings ein allmähliches Steigern der Alkoholmengen, deren Weglassen zu Abstinenzerscheinungen führt, womit der Alkoholismus chronicus mit seinen Folgezuständen bereits gegeben ist.

Nach diesem kurzen Überblick über Ausdehnung und Struktur des heutigen Alkoholismus wende ich mich zur Besprechung der Bekämpfungsmöglichkeiten.

Zunächst ist hier zu bemerken, daß die Ansichten über die Wirksamkeit der bisher vorgeschlagenen Maßnahmen zum Teil noch durchaus uneinheitlich sind, und man gewinnt aus der Vielfältigkeit der Vorschläge den Eindruck, daß hier, — wie überall in der Medizin —

die große Zahl der Mittel den therapeutischen Schwierigkeiten direkt proportional ist.

Von vornherein müssen wir uns darüber klar sein, daß wir die endogenen, die Konstitutionsfaktoren der Trunksucht nicht direkt, sondern nur in langfristigen Zeiträumen durch eugenisch-sozialhygienische Maßnahmen beeinflussen können.

Es bleibt uns also im Kampf gegen den Alkoholismus in erster Linie die Aufgabe, die exogenen bzw. Milieu-Ursachen auszumerzen, denen, wie wir sahen, bei der Entstehung der Trunksucht ja auch eine ganz erhebliche Bedeutung zukommt.

In Frage kommen private und staatliche Maßnahmen.

Wenden wir uns zunächst den letzteren zu, so wäre erst das Problem des völligen Alkoholverbots auf gesetzgeberischem Wege zu erwähnen. Es ist von vornherein jedem Sachkundigen und ruhig Überlegenden klar, daß es ein Ding der Unmöglichkeit ist, heute in Deutschland die heroische Geste Amerikas nachzuahmen und die Prohibition bei uns einführen zu wollen. Abgesehen davon, daß ein derartiger legislativer Versuch an der Mentalität der Mehrzahl unserer Volksgenossen scheitern würde, wäre unser verarmtes Vaterland heute auch wirtschaftlich gar nicht in der Lage, die ungeheuren, im Alkoholgewerbe investierten Werte und die darin beschäftigten Arbeitermassen ohne katastrophale Folgen umzustellen.

Damit soll aber nicht der Stab über die Prohibition überhaupt gebrochen werden! Betrachten wir das Experimentum *Cruzis* in den Vereinigten Staaten, so werden uns neben dem ganz erheblichen Rückgang der Alkoholikeraufnahmen in den Anstalten wohl einzelne ungünstige moralische Begleiterscheinungen des Verbots berichtet, vor allem die Gewöhnung großer, sonst nicht krimineller Massen des Volkes an Gesetzesverletzungen. Sodann wird von einzelnen Autoren als Folge des Verbots eine gesteigerte Neigung zum Gebrauch anderer, gefährlicherer Rauschgifte, wie Morphin, Cocain usw. behauptet. Dies ist jedoch nicht unwidersprochen geblieben und steht auch nicht im Einklang mit unseren Erfahrungen in Deutschland, wo mit der Zunahme des Alkoholismus gleichzeitig auch ein gesteigerter Mißbrauch dieser Mittel einsetzte, während umgekehrt z. B. nach *Oppler* in Breslau durchaus keine Zunahme anderer Süchte eintrat, als der Alkoholkonsum vorübergehend auf dem Verordnungswege eingeschränkt wurde. Auch *Joel* stellt fest, daß der chronische Alkoholismus sehr selten mit andern Rauschgiften, speziell Morphin, kombiniert ist, und daß die Einschränkung des Alkohols die Trinker nicht zu Morphinisten oder Kokainisten macht. — Die letzteren sind eben kon-

stitutionell ganz anders geartete Individuen als die Alkoholiker, und *Joel* vertritt die Ansicht, es bestehe keine ernstliche Gefahr, daß bei Einschränkung oder Beseitigung des Alkoholkonsums giftsüchtig Veranlagte als Ersatz zu andern Rauschmitteln greifen werden. — Übrigens ist in Amerika nach Ansicht der Kundigen auch heute noch Alkohol immerhin noch leichter zu erhalten, als die übrigen Rauschgifte, die sehr scharf überwacht werden. Es ist ja überhaupt ein beliebter Trick der Alkoholinteressenten, überlaut den Morphinismus, Kokainismus usw. zu bekämpfen, um mit dem Rufe: „Haltet den Dieb!“ die öffentliche Aufmerksamkeit von den schweren Schäden des Alkoholismus abzulenken bzw. um den Alkohol als harmlosen, unentbehrlichen Verhüter dieser viel schlimmeren Süchte darzustellen. Treffend weist auch *Delbrück* (10) darauf hin, daß das mächtige Alkoholkapital in der ganzen Welt mit großer Umsicht, Geschicklichkeit und Aufwand erheblicher Geldmittel einen erbitterten Kampf gegen jede alkoholgegnerische Bestrebung führt, seitdem es durch das Prohibitionsgesetz in Nordamerika auf das Schwerste geschädigt wurde und noch dauernd geschädigt wird. Dabei wird immer nur die Parole „für oder wider die „Prohibition“ als willkommenes Schlagwort gebraucht, während der Kampf gegen die auf Einschränkung des Alkoholkonsums zielenden Bestrebungen nur hinter den Kulissen geführt wird. Hierdurch und durch gefälschte Berichte über angebliche schwere Schattenseiten des Alkoholverbots in Amerika werden die nichtkundigen „Bierphilister“ in Deutschland in Angst und Schrekken versetzt, womit dann jede Bekämpfung des Mißbrauchs geistiger Getränke sabotiert wird.

Im ganzen wird das objektive Urteil über die Prohibition in den Vereinigten Staaten dahin zu lauten haben, daß die günstigen Folgen bei weitem die ungünstigen überwiegen.

Sehen wir uns nun nach anderen staatlichen Bekämpfungsmaßnahmen gegen die Trunksucht um, so sind zu erwähnen:

1. Die staatliche Alkoholmonopolisierung, die hinsichtlich des Branntweins in Deutschland bereits eingeführt ist und zweifellos einen Fortschritt bedeutet, da sie das Interesse des privaten Alkoholkapitals wenigstens in bezug auf die Weingeistproduktion ausschaltet. Allerdings kommt der Staat dadurch in eine schiefe moralische Lage, die er aber immerhin dadurch zu mildern vermag, daß er für die Alkoholismusbekämpfung in großzügiger Weise Geldmittel zur Verfügung stellt.

2. Erhöhte Alkoholbesteuerung, und zwar nach *v. Grubers* Vorschlag progressiv nach dem Prozentgehalt, so daß das Gramm Alkohol

im leichten Bier am billigsten, im Schnaps am teuersten zu stehen käme. — Diese Form der staatlichen Alkoholeinschränkung wäre zweifellos erfolgreich und ohne große Schwierigkeiten durchführbar.

3. Schon erheblich einschneidender wäre ein teilweises Alkoholverbot, wie es z. B. in Finnland eingeführt ist, wo nur 2%iges Schwachbier hergestellt werden darf, während alle übrigen alkoholischen Getränke verboten sind. Natürlich wird dort auch Alkohol schwarz gebrannt und geschmuggelt, aber der Konsum ist doch ganz wesentlich zurückgegangen und mit ihm die Zahl der Alkoholdelikte und der anstaltsbedürftigen Trinker. Insbesondere hatte die Ausscheidung des Wirtshauszwangs und die gleichzeitige Einrichtung von Volks- und Arbeiterheimen einen günstigen Erfolg.

4. Etwas milder wirkt sich das „Gotenburger System“ aus, das neben den nordischen Staaten neuerdings auch in Schottland und Rumänien eingeführt wurde, und das bekanntlich darin besteht, daß der gesamte Branntweinverkauf einer gemeinnützigen Gesellschaft übertragen wird, bei der jedes Interesse an der Höhe des Umsatzes in Wegfall kommt und die durch allerhand Einschränkungen hinsichtlich der Zeit des Ausschanks usw. gebunden ist. Der Branntwein darf nur gegen Bezugscheine abgegeben werden, die pro Familie nur einer, über 21 Jahre alten Person zustehen und lediglich zum Bezug einer geringen Menge Branntwein pro Jahr berechtigen. Nach *Herzig* (3) zeitigten diese strengen Einschränkungsmaßnahmen z. B. in Schweden sehr günstige Resultate, insbesondere sank die Zahl der anstaltsbedürftigen Alkoholiker rapide. Dabei litt Schweden früher geradezu unter einer „Schnapspest“.

5. Das Gemeindebestimmungsrecht, welches die Entscheidung über die Errichtung neuer Schankstätten der betreffenden Gemeinde überträgt, wurde in Deutschland ebenfalls zur Einführung vorgeschlagen, aber 1926 vom Reichstag abgelehnt, dazu noch in einem Entwurf, der ziemlich alkoholfreundlich abgefaßt war.

6. Der Entwurf des deutschen Schankstättengesetzes vom Jahr 1924/25 hatte u. a. folgende Maßnahmen vorgesehen: Einführung des obligatorischen Bedürfnisnachweises, die Möglichkeit späterer Revision und Kassierung von Schankstätten, die Forderung einer größeren Gewähr für die Zuverlässigkeit des Wirts und seiner Stellvertreter, die frühere Festsetzung der Polizeistunde unter Einbeziehung der geschlossenen Gesellschaften, den Schutz der Personen unter 18 bzw. 16 Jahren usw. Der vom bevölkerungspolitischen Ausschuß des Reichstags mit 16 gegen 4 Stimmen zur Annahme empfohlene Antrag fand dort keine Mehrheit.

Man kann es ruhig aussprechen, die heutige Alkoholgesetzgebung in Deutschland wird dem Ernst der Lage nicht gerecht, und entscheidende gesetzliche Maßnahmen sind bei uns trotz der schwerwiegenden sozialhygienischen, wirtschaftlichen und politischen Bedeutung unseres Alkoholkonsums vorläufig wohl kaum zu erwarten. Allerdings wird man zugeben müssen, daß bei der gegenwärtigen innenpolitischen und wirtschaftlichen Lage, der Arbeitslosigkeit usw. eine tiefgreifende Umstellung des Alkoholgewerbes der Regierung ganz erhebliche Schwierigkeiten bereiten würde. Aber es ließe sich doch auch im Rahmen des Möglichen, durch weniger eingreifende Maßnahmen, wie z. B. Verkürzung der Polizeistunde, schärfere Kontrolle des Flaschenbierhandels, steuerliche Begünstigung alkoholfreier Gaststätten und Heime, durch Steuersenkung für höhere Kulturgenüsse, wie Theater, Konzerte, Begünstigung des gesunden Sports, des natürlichen Feindes des Alkohols, usw. schon eine gewisse Besserung der Verhältnisse erzielen. Wie weitgehend äußere Erschwerung des Alkoholkonsums die Trunksucht zu reduzieren vermag, zeigen die von *Henneberg*, *Leppmann* und *Weichbrod* mitgeteilten Kriegserfahrungen, wonach früher als unverbesserlich betrachtete Säufer durch den Mangel an Alkohol im Kriege, verbunden mit günstigen Arbeitsbedingungen, noch zu brauchbaren Mitgliedern der Gesellschaft wurden. Ferner hatte im Rheinland seinerzeit die bloße Einschränkung der Polizeistunde seitens der Besatzung einen erheblichen Rückgang der Alkoholikeraufnahmen in den Irrenanstalten zur Folge!

Auf diese Möglichkeiten, auch mit weniger eingreifenden gesetzgeberischen, ja schon mit polizeilichen Maßnahmen den Alkoholismus mit seinen das Gemeinwohl aufs äußerste bedrohenden Gefahren einzudämmen, müssen die Regierungen — entgegen den, einen großen Teil der Presse beherrschenden und bis hinauf in die verantwortlichen Kreise ausstrahlenden Einflüssen des Alkoholkapitals — immer wieder aufs Eindringlichste hingewiesen werden, und es wäre bei der heutigen schweren Notlage unseres Volkes eine unvertretbare Säumigkeit, wenn Regierung und Parlamente blind gegen diese Gefahren bleiben würden.

Auch eine straffere Handhabung der bestehenden Straf- und Zivilgesetze, soweit sie sich auf den Alkoholiker beziehen, ist schon jetzt zu erstreben, bevor sich der neue Strafgesetzentwurf mit seinen klareren, gegen den Alkoholismus gerichteten Bestimmungen auszuwirken vermag.

Was zunächst die Zivilgesetze betrifft, so kommt hier in erster Linie die Entmündigung wegen Trunksucht in Frage. Von diesem

wertvollen Mittel der Alkoholismusbekämpfung wird von den verschiedenen Gerichten sehr verschiedenhäufiger Gebrauch gemacht. Während in einzelnen Bezirken, z. B. in Bremen, bis zu 50% der befürsorgten Trinker und darüber entmündigt werden, ist diese Ziffer anderwärts wieder außerordentlich nieder, teils weil die Gerichte sich refraktär verhalten, teils weil von zuständiger psychiatrischer Seite vielleicht nicht energisch genug dafür eingetreten wird. Manchmal wird auch vom Antragsteller unterlassen, deutlich genug die von dem Trunksüchtigen zu befürchtende Gefährdung der Sicherheit Anderer zu betonen. Zur Technik der Trinkerentmündigung ist zu bemerken, daß der Antrag am besten nicht von den Angehörigen, sondern von der zuständigen Trinkerfürsorgestelle eingereicht wird, und daß als Vormund in jedem Falle ein Berufsvormund in Gestalt eines Beamten der Trinkerfürsorge gewählt wird. In manchen Fällen leistet auch schon die Androhung der Entmündigung gute Dienste für die Verhütung der Rückfälligkeit.

Zu erwähnen ist ferner von zivilgesetzlichen Maßnahmen die Ehescheidung wegen Trunksucht gemäß §§ 1568/69 BGB., die unter Umständen wenigstens den Untergang der ganzen Familie zu verhüten vermag. Dieser Schritt wird von den Trinkerehefrauen auffallend selten ergriffen. Als Grund dafür kommt nicht bloß die Angst vor der Rache in Betracht, sondern auch der Umstand, daß die schweren Trunksuchtsformen mehr bei den unteren Ständen vertreten sind, wo die Neigung zur Ehescheidung sowieso geringer ist, zumal hier auch die schuldlos geschiedene Frau kaum je einen Unterhalt vom Manne erlangen kann. *Kant* weist auch auf die große Häufigkeit der „Kontrastehen" bei den Trinkern hin, wobei insbesondere nicht selten die asthenische Frau zum animalisch-robusten Trinker sich hingezogen fühlt und trotz aller psychisch-körperlichen Mißhandlungen nicht von ihm loskommen kann.

Von strafgesetzlichen Bestimmungen kommen in Frage: Der § 361/5 StrGB., der bei Trinkern, die durch ihre Trunksucht sich- oder ihre Angehörigen in die Gefahr des Notstandes bringen, Haftstrafen mit Arbeitshaus-Einweisung auf ein Jahr vorsieht, eine Maßnahme, die natürlich auf die refraktären Trinker beschränkt bleiben muß, bei diesen aber außerordentlich günstig wirkt. Dieser Paragraph steht bisher in vielen Landesteilen lediglich auf dem Papier, während andernorts neuerdings wieder mehr Gebrauch von ihm gemacht zu werden scheint; so wurden z. B. in Bremen im vorletzten Jahre 42 unverbesserliche Trinker ins Arbeitshaus eingewiesen. Als sehr wertvoll erweist sich auch die bedingte Verurteilung zu Arbeits-

haus, die bei guter Führung ruht, um bei Trunkfälligkeit sofort in Aktion zu treten.

In Frage kommt für den Schutz der Trinkerfamilie ferner der § 63 des Reichsjugendwohlfahrtsgesetzes, der bei seelisch-leiblicher Gefährdung von Kindern durch ihren (trunksüchtigen) Vater die Fürsorgeerziehung Platz greifen läßt.

Der neue Strafgesetzentwurf wird, wie erwähnt, voraussichtlich energischere Maßnahmen gegen die Trinker ermöglichen. Er versagt u. a. den Schutz der Straffreiheit bei Bewußtseinsstörungen, die auf selbstverschuldeter Trunkenheit beruhen.

Zu empfehlen wäre hier auch die Einführung des „Pollard'schen Systems", d. h. die bedingte Verurteilung bei Alkoholdelikten mit Strafaufschub, solange der Rechtsbrecher nicht erneut trunkfällig wird.

Voraussetzung für die Verwahrungsbestimmungen ist natürlich die Einrichtung von Trinkersonderabteilungen in den Arbeitshäusern und in den Irrenanstalten unter abstinenter Leitung.

Bekanntlich bestehen bisher in Deutschland nur sehr wenig Trinkerasyle mit Dententionszwang.

Als Vorstufe für die Einweisung wäre die Entmündigung wegen Trunksucht durchzuführen. Selbstverständlich müßten Differenzierungsmöglichkeiten auch innerhalb solcher Detentionsanstalten geschaffen werden durch Einrichtung verschiedener Abteilungen, die dem sozialen Verhalten der Betreffenden angepaßt sind.

Als strafrechtliche Zukunftsforderung ist ganz allgemein aufzustellen, daß es eine Strafminderung bei Trunksuchtsverbrechen nicht mehr geben darf.

Mit Recht sagt *Aschaffenburg* („Die Stellung des Psychiaters zur Strafrechtsreform", Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform XVI 1925) hinsichtlich der Behandlung der antisozialen Trinker, daß „Schlaffheit im Verhalten des Staates solchen Menschen gegenüber ein schreiendes Unrecht ist"... „Man sollte gerade gegen diese Menschen mit dem gleichen Ernste vorgehen, wie gegen die gemeingefährlichen Gewohnheitsverbrecher, da ihre Rückfälligkeit nicht weniger zu fürchten ist, als bei diesen" ... „Unverbesserliche und gemeingefährliche Gewohnheitstrinker müssen sofort in Sicherungs- und Verwahrungsanstalten untergebracht werden" ... „Wer infolge von Trunkenheit die öffentliche Rechtssicherheit gefährdet, sollte die ganze Schwere der Folgen seiner Lebensführung nachdrücklichst empfinden, er muß wissen, daß er nur durch

sein eigenes Verhalten sich das Recht wiedererwerben kann, die unbeschränkte Freiheit wieder zu gewinnen".

Herzig (3) stellt fest, daß trotz eindeutiger Forderungen von psychiatrischer Seite die Versorgung der refraktären Trinker in der Praxis sich diesen neuen Gesichtspunkten noch nicht angepaßt hat. Er verurteilt den Standpunkt, jede Form von chronischem Alkoholismus a priori einer Geisteskrankheit gleichzusetzen, da es sich doch bei vielen chronischen Alkoholisten um ein einseitig degeneratives Verhalten handle, das mit „Geisteskrankheit" nichts zu tun habe. Aber selbst wenn man Trunksucht durchweg als Geisteskrankheit auffasse, sei die Irrenanstalt nicht der richtige Aufenthalt für den Alkoholiker schlechthin, da letzterer in der Regel nur unter großen Unzuträglichkeiten mit den Geisteskranken zusammen zu verpflegen sei. *Herzig* fordert für solche, nicht ausgesprochen geisteskranke Alkoholiker die Behandlung durch die Polizeibehörden, und zwar mit Maßnahmen, die progressiv von der Verwarnung bis zum Arbeitshaus weiterschreiten müßten.

Auch *Cimbal* (1) verlangt, daß künftig jede Möglichkeit einer Strafminderung für Trunksuchtsverbrechen wegfallen und daß den Trinkern jede Möglichkeit, unauffällig und unkontrollierbar dem Armenwesen zur Last zu fallen, genommen werden müsse; die eventuell notwendig werdende Verwahrung müsse in der härtesten, abschreckendsten und gleichzeitig billigsten Form, im Arbeitshaus, erfolgen, wenn der Verwahrlosung des Trinkers nicht durch energische Bemühungen hinsichtlich Arbeitsvermittelung, Familiensanierung usw. vorgebeugt werden konnte.

Das Züricher Trinkerasylierungsgesetz präzisiert das Problem folgendermaßen: Zweck der Trinkerversorgung sei, die Gesellschaft vor gefährlichen und unverbesserlichen Alkoholikern zu schützen und die Insassen durch nützliche Arbeit zu zwingen, die Kosten ihres Lebensunterhalts zu verdienen. —

Die Asylierung solcher Elemente dient auch — ein sehr wichtiger Punkt — der rassenhygienischen Auslese, wie ja überhaupt die Alkoholfrage mit der allgemeinen sozialen Hygiene, worauf später noch zurückzukommen ist, in engster Beziehung steht.

Als Zukunftsforderungen von weiterer Sicht wären auch noch die Deportation der unverbesserlichen und gemeingefährlichen Trinker in Strafkolonien sowie ihre Sterilisierung zu nennen. Letztere käme bei den mit sexualverbrecherischen Neigungen behafteten Alkoholikern ohne weiteres in Frage.

Gehen wir nun zur speziellen Frage der Versorgung der Trinker

in den Irrenanstalten über, so ist zunächst festzustellen, daß die Einweisung anstaltsbedürftiger Trinker schon nach dem heutigen Gesetz sehr wohl möglich ist, sofern nur seine Möglichkeiten mehr ausgeschöpft werden. Speziell bei uns in Baden sind durch das „Irrenfürsorgegesetz" die Handhaben sowohl zur Einweisung als auch zur zwangsweisen Zurückhaltung der schweren Trinker durchaus gegeben.

Die Irrenanstalten werden voraussichtlich noch auf lange Zeit hinaus für die Unterbringung der schweren Trunksuchtsformen in Frage kommen, wenn man auch den Ausführungen der obengenannten Autoren weitgehend beistimmen kann, daß man, von den Alkoholpsychosen und den schwersten alkoholistischen Entartungsformen abgesehen, die Mehrzahl der chronischen Alkoholiker nicht als Geisteskranke, sondern als „Verwahrloste" zu behandeln hat, und daß die Unterbringung in der Irrenanstalt oft zu großen Unzuträglichkeiten für letztere führt. Die Anstalten müssen sich eben zur Vermeidung derselben auf die Unterbringung der Alkoholiker besonders einstellen und einrichten, was mit nicht zu großen Mitteln erreichbar ist. Hier in Baden wurde neuerdings der Weg gewählt, daß in einer der Landesanstalten (Konstanz) ein besonderes Haus zur Behandlung noch aussichtsvoller Trinkerfälle unter Benützung aller anerkannten Beeinflussungsfaktoren eingerichtet wurde, in welchem insbesondere alle Frühfälle behandelt werden, während die Trinker mit ungünstigerer Prognose nach wie vor in den regionären Landesanstalten verbleiben. Es liegt auf der Hand, daß in solchen, den Irrenanstalten angegliederten Sonderabteilungen die Trinker viel erfolgreicher zu beeinflussen sind. Sie sehen hier den Zweck ihrer Anstaltseinweisung von vorneherein besser ein, und der Protest gegen die „Unterbringung unter Irrsinnigen", den man sonst so oft von ihnen zu hören bekommt, steht ihnen hier nicht zu Gebote. Ferner wirken hier als günstige Momente die selbstverständlich unerläßliche völlige Abstinenz ihres ganzen Milieus, insbesondere des gesamten Personals, die regelmäßigen Aufklärungsvorträge, die Anknüpfung reger Beziehungen zu den regionären Abstinenzvereinigungen, so daß die Entlassungskandidaten schon vorher persönlich in die für sie in Frage kommende Abstinenzorganisation eingeführt werden können, usw.

Mir scheint, daß man in jeder größeren Irrenanstalt ohne erhebliche Kosten ein Haus für Alkoholiker einrichten könnte, wobei man eventuell die letzteren ruhig mit einigen äußerlich leidlich geordneten, aber im übrigen völlig torpiden Geisteskranken „verdünnen" könnte, an denen alle Verhetzungsversuche abprallen. Schließlich könnte man auch, um zwei Fliegen mit einem Schlag zu treffen, in diese Alkoho-

likerhäuser einige Psychopathen von der Sorte verlegen, die ein Kreuz für jede Geisteskrankenabteilung bilden und denen die völlige Abstinenz auch nur förderlich sein kann.

Durchaus erstrebenswert ist es, die Irrenanstalten, wenn sie auch noch nicht völlig trocken zu legen sind, so doch auf ein Mindestmaß von Alkoholverbrauch zu bringen.

Die Anstaltsverwahrungsdauer muß in weitem Spielraum schwankend ganz individuell dem Einzelfall angepaßt werden. Daß man sie, um eine nachhaltige Umstimmung zu erreichen, nicht zu kurz (mindestens 6 Monate) ansetzen darf, liegt auf der Hand, aber dieses Idealziel können wir in sehr vielen Fällen von vornherein gar nicht verfolgen, und in der Praxis zwingt uns sogar bei noch aussichtsvollen Fällen zuweilen die schwere wirtschaftliche Not der Familie dazu, die Trinker vorzeitig zu entlassen, trotz der großen Wahrscheinlichkeit baldigen Rückfalls.

Die schwer degenerierten, disziplinlosen Trinker, die nicht in den Rahmen der Irrenanstalt einschließlich der Alkoholikersonderabteilungen hereinpassen, sollten ohne zu langes Zögern aus der Anstalt dem Arbeitshaus überwiesen werden (s. oben!), eine Maßnahme, die auch äußerst heilsam auf ihre Kameraden in der Anstalt wirken würde.

Außerordentlich wichtig ist die an die Entlassung lückenlos anzuschließende, seit einigen Jahren durch *Kolb*, *Roemer* u. a. mit gutem Erfolg eingeführte psychiatrische Außenbefürsorgung der Trinker, die in der Regel von der regionären Irrenanstalt oder Klinik aus zu versehen sein wird und so lange weiterzuführen ist, bis von Heilung gesprochen werden kann. Nach *Raecke*'s Erfahrungen bleiben unter dem Schutz einer derartigen, gut organisierten Trinkerfürsorge über 25% der Trunksüchtigen dauernd geheilt. Der Grund für schlechtere Heilerfolge liegt — neben dem konstitutionellen Faktor — eben doch, wie schon oben erwähnt, sehr wesentlich auch in den Milieuschäden, denen der nicht befürsorgte Trinker nach seiner Entlassung wieder zum Opfer fällt.

Mit diesen Ausführungen sind wir bereits mitten in der Besprechung des „Progressivsystems“ angelangt, wie es von *Braatz*, *Kolb*, *Roemer* u. a. vor einigen Jahren für die Trinkerbehandlung inauguriert wurde. *Kolb* verlangt in seinen neuen Leitsätzen vom Jahr 1928 für die Einbeziehung der Alkoholiker in die öffentliche Irrenfürsorge eine möglichst genaue gesetzliche bzw. verwaltungsgerichtliche Abgrenzung derjenigen Alkoholismusformen, die für die Einbeziehung in die öffentliche Irrenfürsorge in Frage kommen, und schlägt folgende stufenweise Maßnahmen vor:

1. Verwarnung, 2. offene Trinkerfürsorge (Abstinenzverein usw.), 3. offene Trinkerheilstätte, 4. offene psychiatrische Fürsorge, 5. geschlossene Trinkerheilanstalt, 6. Irrenanstalt, 7. dauernde Unterbringung oder Siedelung in der geschlossenen Anstalt oder deren Umgebung (Unterbringung siecher, unheilbarer Trinker in den caritativen Anstalten, Spitälern usw.); 8. geschlossene Trinkerabteilung eines Arbeitshauses, 9. Arbeitshaus.

Auch *Kolb* betont besonders, daß die energischen Maßnahmen rasch einsetzen müssen, wenn die milderen versagen, und daß umgekehrt auch die Lockerung dieser Maßnahmen bei eintretender Besserung nur stufenweise zu erfolgen hat. Insbesondere wünscht er eine möglichst lange Fortdauer der offenen Fürsorge, mit Zugehörigkeit zu einem Abstinenzverein, zum Zwecke dauernder Milieusanierung.

Kolb fordert also ebenfalls für die refraktären, besserungsunfähigen, kriminellen Alkoholiker psychiatrisch betreute Sonderabteilungen in den Arbeitshäusern zwecks möglichster Ausnützung der noch vorhandenen Arbeitskraft und damit geringstmöglicher Belastung der Allgemeinheit. Ferner dringt er auf einen zeitgemäßen Ausbau des Strafvollzugs, der es erlaubt, auch Psychopathen und Alkoholiker möglichst weitgehend im Strafvollzug zu belassen, wo sie viel besser unter Disziplin gehalten werden können, als in den Anstalten. — Hierzu gehört natürlich auch völlige Trockenlegung aller Strafanstalten. — Bei den weitaus meisten Trinkerfällen glaubt *Kolb* durch eine geeignete Außenfürsorge, die bei refraktärem Verhalten sofort mit den angeführten Staffelmaßnahmen eingreift, mindestens einen erträglichen Dauerzustand erreichen zu können. Die Zahl der endgültig verwahrungsbedürftigen Alkoholiker hält er bei diesem gestaffelten Vorgehen für nicht besonders groß.

Zusammenfassend wird man dies Progressiv-System, zu dessen Durchführung die ersten Ansätze schon vielerorts gemacht sind, durchweg zur allgemeinen Einführung dringend empfehlen können, zumal es neben den besseren Heilungsaussichten auch zweifellos große wirtschaftliche Ersparnisse mit sich bringen wird.

Nachdem ich bisher im wesentlichen die staatlichen Bekämpfungsmöglichkeiten beleuchtet habe, möchte ich im folgenden noch einiges über die privaten Abwehrmaßnahmen gegen den Alkoholismus hinzufügen:

Wenn auch nicht zu verkennen ist, daß auf diesem Gebiete gerade in letzter Zeit wertvolle Arbeit geleistet wurde, so bleibt doch auch hier noch manches zu tun übrig. In erster Linie benötigen wir eine aktivere vorbeugend-propagandistische Tätigkeit. Hierzu gehört u. a.

der Unterricht über die Alkoholtatsachen von der Volksschule bis zur Hochschule hinauf. Für die großen Massen müssen leicht verständliche, womöglich packend illustrierte Alkoholmerkblätter zusammengestellt werden mit prägnanten, schlagwortartigen Sätzen. Die Belehrungsvorträge müssen in sachlicher, von Übertreibungen freier Form geboten werden, insbesondere den Gebildeten gegenüber, die sich leicht durch die manchmal etwas fanatisch-grobschlächtigen Manieren gewisser Alkoholgegner abschrecken lassen. Unterstützend müssen dabei Kinovorführungen und Ausstellungen mit drastischen Abbildungen und Modellen aus der Alkoholpathologie und Trinkerstatistik mitwirken, ferner eine auf hoher Warte stehende wissenschaftliche und auch belletristische Literatur, die mit unbeirrbarer Folgerichtigkeit, die belletristische auch mit dichterischem Schwung, die verhängnisvollen Auswirkungen des Alkoholismus auf allen Gebieten des Lebens klarlegt.

Die akademischen Kreise müssen sich bewußt bleiben, daß die Einstellung der Führerschicht zur Alkoholfrage auch den übrigen Volksgenossen mehr oder weniger als Beispiel gilt, das, wenn auch oft in etwas verzerrter Weise, willig nachgeahmt wird. Daß wir hier nicht ganz frei von Schuld zu sprechen sind, muß wohl zugegeben werden. Zwar sind heute die Trinksitten bei einem erheblichen Teil der Studentenschaft gegen früher ganz wesentlich gemildert, aber die traditionelle Grundeinstellung, die im korporativ-geselligen Alkoholgenuß ein Imponderabile des studentischen Lebens erblickt, hat sich bei der Mehrzahl doch erhalten, auch bei den der Alma Mater längst Entwachsenen. Man wird von der akademischen Jugend nicht verlangen wollen, daß sie kopfhängerisch abseits steht, wo frohe Feste unter Mitwirkung des „Königs Alkohol" gefeiert werden, aber vergessen darf sie nie, daß „Wissen verpflichtet" und daß, mit je weniger Alkohol einer auskommt, es umso besser für ihn, seine Familie und sein Volk ist.

Als äußerst wertvoll ist hier die mächtige und herzerfreuende Sportbewegung der Gegenwart unter allen Volksschichten, speziell auf der Universität, zu begrüßen. Neben der allgemeinen Manneszucht, die der Sport auch in unserer disziplinarmen Zeit unerbittlich fordert, verlangt er insbesondere dem Alkohol gegenüber größte Zurückhaltung, da jeder Sportausübende sehr wohl weiß, daß sich gute Dauerleistungen und insbesondere Höchstleistungen nur unter völliger Abstinenz erzielen lassen. Selbst die passiven Sportler werden durch das Zuschauen bei den Wettkämpfen usw. für ganze Nachmittage dem Wirtshaus entzogen. Besonders bedeutungsvoll scheint mir bei der Sportausübung, speziell bei den Sportspielen, die nach-

haltige, gesunde Euphorie zu sein, wie sie durch alle diese in vernünftigen Grenzen ausgeübten Betätigungen entsteht, und durch welche die kümmerliche Ersatzeuphorie des Alkohols auf ganz natürliche Weise überflüssig gemacht wird. Deshalb sollten die sportlichen Betriebe und Veranstaltungen vom Staat nicht mit Steuern belegt, sondern mit aller Macht gefördert werden.

Es müssen also, kurz gesagt, die ganzen heutigen Anschauungen über die Trinksitten sich noch weiterhin ändern im Sinne einer Verächtlichmachung des Alkoholgenusses, sobald er die Grenzen äußerster Mäßigkeit überschreitet. Es muß in der öffentlichen Meinung als Postulat für die Zugehörigkeit zur guten Gesellschaft gelten, mit einem Minimum von Alkohol auszukommen. Dies wird seinen guten Einfluß auch auf die großen Massen nicht verfehlen. Natürlich sollte auch zur Überflüssigmachung der alkoholischen Reizmittel im Rahmen des Möglichen alles versucht werden, das ganze Leben des Volkes auf ein gesündere Basis zu stellen durch eine den modernen psychophysiologischen Erkenntnissen angepaßte körperliche und seelische Arbeitshygiene, durch Gründung von Heimstätten zur Beseitigung des häßlichen heutigen Wohnungselends, durch Zugänglichmachung höherer kultureller Genüsse usw. Als Zukunftsmusik wären hier auch die „Gartenstädte" zu erwähnen, die es dem gehetzten modernen Menschen ermöglichen, sich zum wohltätigen Ausgleich nach getaner Arbeit in einfache, natürliche Lebensverhältnisse zurückzuziehen.

Selbstredend ist auch in erster Linie eine stärkere Interessierung der praktischen Ärzte für die Trinkerfrage zu erstreben. Die Krankenkassen, die Fürsorgeverbände usw. müssen insbesondere auf die wirtschaftlichen Vorteile der Frühbehandlung der Trinker und der Entalkoholisierung der Bevölkerung hingewiesen werden.

Dabei ist es von größter Wichtigkeit, daß diejenigen, die in der Alkoholbekämpfung auf Grund ihres Berufes und ihrer fachwissenschaftlichen Erfahrung an prominenter Stelle tätig sind, persönlich abstinent leben, zuvörderst also auch die Psychiater. Was die völlige Abstinenz in den Irrenanstalten einschließlich Krankenpersonal betrifft, so ist auch hier zumindest ein sehr strenges Mäßigkeitsregime zu erstreben. Das gleiche gilt entsprechend für die Insassen der Gefängnisse und Arbeitshäuser und späterhin hinsichtlich der Verwahranstalten für vermindert Zurechnungsfähige usw.

Die selbstlose, idealistisch eingestellte Mitarbeit der oft etwas zelotisch auftretenden Abstinenzvereine ist so wertvoll, daß sie keinesfalls entbehrt werden kann, auch wenn man innerlich ihre teilweise etwas engstirnig-fanatische Art und überhaupt ihre ganze Auf-

machung ablehnen mag. Es ist immer noch besser, verzerrte Ideale zu haben, als gar keine! Als aufopfernde Mitkämpfer für die Abstinenz erweisen sich nicht selten auch frühere Trinker, meist solche schizoiden Charakters, die unter geschickter Regie mit Feuereifer sich ihrer Aufgabe widmen, andere dem Alkohol zu entreißen.

Die Abstinenzvereine bringen natürlich den selber nicht völlig enthaltsamen, in der Alkoholikerfürsorge beschäftigten Ärzten stets ein gewisses Mißtrauen entgegen, weshalb die letzteren sich schließlich der Konsequenz, im Interesse der Sache selbst abstinent zu leben, wohl kaum werden entziehen können.

Eine wichtige Vorbedingung für die Verbreitung der Abstinenz in weiteren Kreisen ist die Beschaffung behaglicher, ästhetisch befriedigender, alkoholfreier Gaststätten und Heime, wie sie in einzelnen Ländern, z. B. in der Schweiz, in vorbildlicher Weise bereits bestehen, sowie die Herstellung geeigneter Ersatzgetränke. Was an letzteren bisher angeboten wird, ist zum großen Teil entweder fade, oder wenn es wohlschmeckend ist, zu teuer für die großen Massen. Gewiß hat die gärungslose Getränkefabrikation hier schon Fortschritte zu verzeichnen, aber das Problem des gesundheitlich einwandfreien, leicht anregenden preiswerten Ersatzgetränks ist vorläufig noch ungelöst. Leider kommen in Deutschland die harmlos-anregenden Getränke wie Tee, Kaffee, Kakao wegen der hohen Preise für die großen Massen als Alkoholersatz nur in sehr beschränktem Maße in Betracht.

Zum Schlusse noch ein Wort über die angebliche Auslesewirkung des Alkohols, die von einzelnen Autoren in dem Sinne behauptet wird, daß der Alkoholismus uns von unerwünschten, körperlich-seelisch minderwertigen Volkselementen befreien würde. Zunächst ist diese Annahme unzutreffend, da *Laitinen*, *Lundberg* und *Pearson* nachgewiesen haben, daß der Alkoholismus insgesamt die Zahl der Geburten erhöht, wodurch also gerade eine antiselektorische Wirkung zustande kommt. Der Alkoholgenuß trübt eben die Voraussicht und das Verantwortlichkeitsgefühl, die sonst so vielfach zur willkürlichen Geburteneinschränkung führen. Sodann aber wäre dieser Weg der Eliminierung ungeeigneter Elemente der teuerste und unsachgemäßeste, der durch andere Maßnahmen auf dem Gebiet der Eugenik (Sterilisation usw.) viel billiger, humaner und vernünftiger zu erreichen ist. Wir können es uns heute auch nicht mehr leisten, alle die Volkselemente, die nicht „alkoholresistent" sind, einfach zu opfern, sondern wir müssen auch aus diesen, biologisch selbstverständlich partiell unterwertigen Individuen nicht bloß aus Humanität, sondern auch aus rein praktischen Erwägungen durch planmäßige Sanierung kulturell heraus-

holen, was immer herauszuholen ist. Ich habe schon oben betont, daß heute, bei der zwangsläufig unnatürlichen Lebensweise der breitesten Bevölkerungsschichten (Arbeit in geschlossenen, schlecht ventilierten Räumen, mechanisierte, innerlich nicht befriedigende Arbeit, überwiegende „Nervenarbeit" usw.) und bei der schweren wirtschaftlichen und seelischen Not unserer Zeit der Alkohol eben viel deletärer auf den Organismus wirkt und viel mehr Menschen zum Verhängnis wird als früher, unter einfacheren und natürlicheren Lebensverhältnissen. Hieraus müssen wir eben die richtigen Schlußfolgerungen ziehen, nachdem wir Wissende geworden sind, und wir können heute, trotz der bedenklichen Erscheinungen des Alkoholismus der Gegenwart, doch schon sagen, daß infolge unserer besseren Kenntnisse über das Wesen des Alkoholismus und infolge der planmäßigeren Organisation unserer Bekämpfungsmaßnahmen die Aussichten auf Erfolg tatsächlich günstiger geworden sind, als früher, wo wir der Alkoholfrage noch gleichgültiger gegenüberstanden.

Nicht außer acht lassen dürfen wir neben der so notwendigen und wertvollen Kleinarbeit bei der Trunksuchtsbekämpfung die großen Gesichtspunkte und die innigen Zusammenhänge des Alkoholproblems mit den allgemeinen Fragen der körperlich-seelischen Volksgesundheit.

Nur so werden wir den nötigen Idealismus zur Alkoholbekämpfung aufbringen und die richtigen Wege zur Erreichung des großen Endziels der körperlich-seelischen Regeneration unseres Volkskörpers einschlagen.

Literatur-Angaben.

1. *Cimbal*, „Trinkerfürsorge als Teil der Verwahrlostenfürsorge" (Allg. Zeitschr. für Psychiatrie, Bd. 84 S. 52 ff.).
2. *Bombach*, „Beitrag zur Alkoholstatistik und Alkoholgesetzgebung in Deutschland" (Zeitschrift für die ges. Neurol. u. Psychiatrie, Bd. 94, S. 254).
3. *Herzig*, „Zur Frage der Zunahme des Alkoholismus" (Zeitschrift f. d. ges. Neur. u. Psychiatrie, Bd. 98, S. 587 ff.).
4. *Vogler*, „Einfluß des Alkoholismus auf Häufigkeit, Ausbruch und Verlauf der Geisteskrankheiten" (Zeitschr. f. d. ges. Neur. und Psychiatrie, Bd. 111, S. 661).
5. *Schweighofer*, „Die Familie 135" (Zeitschr. f. d. ges. Neur. und Psychiatrie, Bd. 104, S. 621).
6. *Stockert*, „Zur Frage der Disposition zum Alkoholismus chronicus" (Zeitschr. f. d. ges. Neur. und Psychiatrie, Bd. 106, S. 378).
7. *Rüdin*, „Über Vererbung geistiger Störungen" (Zeitschr. f. d. ges. Neur. und Psychiatrie, Bd. 81, S. 459).
8. *Kretschmer* u. *Kehrer*, „Veranlagung zu seelischen Störungen" (Berlin 1924).

9. *Dreikurs*, „Die Entwicklung der psychischen Hygiene in Wien“ (Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 88, S. 469).
10. *Delbrück*, a) „Zur Asylierung der Trinker“ (Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 84, S. 99); b) „Die gegenwärtigen Probleme f. d. Irrenarzt im Kampf gegen den Alkoholismus“ (Psych.-Neur. Wochenschrift 1929, Bd. 31).
11. *Roemer*, *Kolb*, *Faltlhauser*, „Die offene Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten“ (Springer, Berlin, 1927).
12. *Gonser*, „Einige Zahlenreihen über die Zunahme des Alkoholismus“ (Psych,-Neur. Wochenschrift 1929, Bd. 31).
13. *Thoma*, „Psychiatrische Erfahrungen in einer offenen Trinkerheilstätte“ (Zeitschr. f. psych. Hygiene, I. Bd. H. 4, 1928).

Zur Rechtfertigung der Phänomenologie in der Psychiatrie.

Von Medizinalrat Dr. **Schwenninger.**

Hoche hat in einem Vortrag[1]) „Wandlungen der wissenschaftlichen Denkformen“ warnend seine Stimme gegen das Eindringen der Phänomenologie *Husserls* in die „Psychiatrie und ganz besonders ihre ausgedehnten psychologischen Grenzbezirke“ erhoben.

Diesem Warnruf möchte ich die These entgegenstellen, daß Psychologie und Psychopathologie — diese als die Wissenschaft von den abnormen und krankhaften seelischen Regungen eine Abzweigung der Psychologie — ohne eidetische Psychologie = Ontologie des Psychischen[2]) = Wissenschaft vom Wesen der Seele und der seelischen Regungen und entsprechend ohne eidetische Psychopathologie sowie ohne phänomenologische Methode zur Erkenntnis ihres Gegenstandsgebiets und damit auch zu wissenschaftlichen Ergebnissen nicht werden gelangen können.

---

[1]) M. med. W. 1926 Nr. 32. — Vgl. auch „Geistige Wellenbewegungen“ Rede geh. bei d. Jahresfeier der Freiburger Wissenschaftlichen Gesellschaft. Frbg. 1927.

[2]) Ausdrücklich sei hervorgehoben, daß mit dieser These nicht behauptet werden soll, daß die Wesensforschung nun die Tatsachen = empirische Forschung überflüssig macht. Die Wesenserforschung muß die empirische Forschung notwendig ergänzen, ja ihr logisch vorausgehen. Wer in der Wesensforschung zu Hause ist, neigt leicht dazu, die empirische Forschung zu entwerten. Und umgekehrt. Aber sowohl das eine wie das andere wäre eine Verirrung. Vollendung ist nur durch die Vereinigung von Wesens- u. empirischer Forschung zu erreichen.

Hoche begründet seine Warnung mit der Wahrnehmung, daß nach der denkrealistischen Phase, die die Blütezeit der Naturwissenschaften des letzten Halbjahrhunderts kennzeichne, in den letzten Jahren eine spekulative Phase zum Durchbruch komme. An Stelle des Denktypus, der etwa durch die Bestimmtheiten: analytisch-zerlegend, kritisch, mechanistisch, skeptisch, negativ, pessimistisch, im Erkennen bedacht auf die Erfassung des nächsten kausalen Hergangs charakterisiert sei und dessen wissenschaftlich-methodisches Vorgehen sich begnüge mit Sammlung sicher beobachteter Tatsachen, Sichtung kritischer Betrachtung, logisch-exakter Schlußfolgerung, drohe jener polar entgegengesetzte Erkenntnistypus sich durchzusetzen, der synthetisch-aufbauend, mystisch, idealistisch, gläubig, positiv, optimistisch und auf Aufklärung des in der Regel verschlossenen tieferen und tiefsten Zusammenhangs eingestellt sei und methodisch sich der Einfühlung, Deutung, Intuition, Erfassung des tieferen Sinns der hinter den Dingen liegenden Bedeutung bediene.

Wenn er es auch ablehnt, zu diesem Wandel der wissenschaftlichen Denkformen wertend Stellung zu nehmen, so verhehlt er doch nicht, welchem Denk- und Erkenntnistypus er zugerechnet sein will, und läßt nicht im Zweifel stehen, daß und wie er weltanschaulich festgelegt ist. Dies aber besagt ins Allgemeine gewendet: Von einem bestimmten Milieu und Weltanschauungsstandpunkt aus, dem ein Weltbild, gleichgültig ob in seinen Einzelheiten systematisch durchdacht und völlig klar erschaut, korrelativ entspricht, sieht er die Sachen, stellt er seine Betrachtungen und Erwägungen darüber an, ergeben sich ihm bestimmte Fragen und Probleme, neigt er zu bestimmten Theorien, bevorzugt er bestimmte Lösungsversuche und glaubt er zu einwandfreien wissenschaftlichen Erkenntnissen zu gelangen.

Der Phänomenologe steht zu dieser Art wissenschafts-theoretischer Einstellung in bewußtem Gegensatz, indem er sich bewußt jenseits jeglichen standpunktlichen Denkens stellt. Er kennt die Mannigfaltigkeit der Erkenntniszielungen, der „weltanschaulichen Standpunkte“, „Richtungen“, „Systeme“, ihre Bedingtheiten und ihre Konsequenzen, er weiß um die „echten“ Probleme so gut wie um die „Scheinfragen, die sich oft Generationen hindurch als Probleme breitmachen“, er weiß ebenso von den gültigen wie von den oft willkürlich ad hoc aufgestellten oder den „starren“ Theorien und den häufig auf schmalster Kenntnisbasis gründenden Lösungsversuchen: alles das bleibt ihm dahingestellt, schaltet er aus.

Für ihn sind nur wenige in sich klare Ausgangspunkte maßgebend.

In allen Wissensgebieten ist zu unterscheiden zwischen der Wissenschaft, ihren Begriffen, Urteilen, Erkenntnissen, Theorieen, Methoden usw. und der Gegenstandskategorie, dem Gegenstandsgebiet, das sie erforscht. Den Wahrheitszusammenhängen in der Wissenschaft entsprechen Zusammenhänge der Sachen. Dies Gebiet der Sachen und Sachzusammenhänge ist vor seiner wissenschaftlichen Bearbeitung schon irgendwie gegeben. Auch der voraussetzungfreiste Forscher weiß über die Gegenstände seines Forschungsgebiets vor aller wissenschaftlicher Beschäftigung damit schon vielerlei. Es gibt also ein vorwissenschaftliches Wissen vor aller wissenschaftlichen Untersuchung und Erforschung. So ist es in allen Wissenschaften; jede erforscht einen bestimmten Gegenstand, ein bestimmtes Gegenstandsgebiet, dem vor seiner wissenschaftlichen Erforschung ein bestimmtes Wissen davon entspricht. Alles theoretische Forschen wird von diesem Wissen mit seinen Widersprüchen und Ungeklärtheiten erst angeregt, setzt es also voraus, ist in ihm fundiert, muß sich an ihm orientieren, ist ohne dies Gegebene gar nicht möglich. Damit aus diesem Wissen wissenschaftliche Erkenntnis wird, bedarf es einer methodischen Bearbeitung. Wo diese Bearbeitung von einem vorgefaßten Gesichtspunkt, einem weltanschaulichen Standpunkt aus oder mit einer vorgefaßten, nicht in dem Sachgebiet fundierten Methode erfolgt, werden, oft schwer nachweisbare, Fehlurteile und Fehlschlüsse nicht ausbleiben. Mit einem fertigen Standpunkt an Probleme herangehen, das bedeutet so viel als schon eine Entscheidung über ihre Lösung gefällt haben.

Wer sofort dogmatisch in allzugroßer Zuversicht in irgendwoher übernommene Urteile den Gegenstand seines Forschungsgebiets urteilend oder behauptend festlegt, verbaut sich den Zugang zur Erkenntnis ebenso wie derjenige, der in skeptischer Einstellung die Zugänglichkeit des Gegenstands für das Erkennen bezweifelt oder auf bestimmte Erkenntnismethoden oder Erkenntnisorgane einschränkt.

Festlegung auf eine, sei es woher immer gewonnene vorwissenschaftliche systematische Auffassung der Welt und des Weltgeschehens, gleichgültig wie sie sich nennen mag, ob mechanistisch oder idealistisch, ob empiristisch-positivistisch oder rationalistisch, führt notwendig zur Verkennung des Wesens ganzer Forschungsregionen und zwingt dazu, entweder immer wieder einen Wechsel der Hypothesen und Erklärungsversuche vorzunehmen oder skeptisch zu resignieren.

Ein anderes nicht selten aufweisbares Vorurteil ist dies, daß man es unterläßt, sich um das „Was“, das Wesen des Forschungsgegenstandes erkennend zu bemühen, weil sein Begriff selbstverständlich und ohne weiteres klar sei oder aber weil man glaubt, man habe es gar nicht

nötig, es zu kennen, wobei man aber dauernd verfährt, als würde man es kennen. Oder aber man behauptet von einem Gegenstand einen Relationssachverhalt und verfährt so, als ob man von den Möglichkeiten solcher Relationssachverhalte ein begründetes Wissen habe oder man fällt über den Gegenstand, dessen Wesen man genau zu kennen glaubt, Seins-Urteile und hält sich zu solchen berechtigt, ohne sich erst des Sinns und der Wahrheit dieser Urteile zu versichern, die man leichthin und ohne alle Kritik vollzieht.

Welche Wissenschaft immer man kritisch auf solche Standpunktsvorurteile hin näher betrachtet, zumeist lassen sich Einflüsse auf ihre Forschungsergebnisse von solchen Vorurteilen her nachweisen. Gerade an dieser Einflußnahme ist m. E. gelegen, daß nahezu alle Wissenschaften in „Krisis“ sich befinden: Naturwissenschaften so gut wie Psychologie und historische Wissenschaft.

Die Einsicht in diesen verhängnisvollen Einfluß aller „Vorurteile“ – oft schon bei der Materialgewinnung auf die Auslese des Gegebenen, meist auf die methodische Bearbeitung des Materials: sich in den resultierenden Erkenntnissen ausweisend — hat *Husserl* ursprünglich nur für das rein philosophische Gebiet der Logik nachgewiesen, dann für alle Wissenschaften erkannt und in seinen Werken immer wieder betont. Ihm zu entgehen, hat er die für alle Wissenschaften Geltung beanspruchende Grundwissenschaft der Phänomenologie geschaffen.

Über diese Phänomenologie bestehen bei den Psychiatern, trotzdem viel davon die Rede ist und die einen ihre Bedeutung für die Psychiatrie anerkennen, während die andern sie radikal ablehnen, wesentliche Irrtümer. Diese Irrtümer über die Phänomenologie gilt es zunächst zu beseitigen. Um sich klar zu machen, was Phänomenologie ist, muß man zunächst jeden Gedanken an Phänomenalismus fernhalten. Darunter versteht man die Lehre, daß es für jedes Subjekt nichts anderes zu erkennen gäbe als Phänomene = Erscheinungen; und unter Erscheinung versteht man etwas anderes als die Objekte. Nur vermittels der Erscheinungen sei es möglich, zu einer Erkenntnis zu gelangen. Nun sagt der Phänomenalismus: Dies Bestreben sei vergeblich; denn keine menschliche Erkenntnis könne über die Erscheinungen hinauskommen, alle Erkenntnis sei nur Erscheinungserkenntnis.

Nun bedeutet zwar dem Sprachgebrauch nach der Ausdruck Phänomenologie Erscheinungslehre, aber die hier in Frage stehende Phänomenologie meint mit dem Wort Erscheinungen oder Phänomenen nichts im Gegensatz zu den Objekten, die erscheinen. Ob hinter diesen Erscheinungen noch etwas ist, diese Frage geht die Phänomenologie nichts an.

Ferner ist vor allem zur Klärung festzuhalten die Unterscheidung zwischen phänomenologischer Methode und der eigentlichen Phänomenologie. Die Verwechslung wird sehr häufig gemacht.

Also was ist eigentlich Phänomenologie? Wir gelangen wohl am leichtesten zu einer Einsicht, wenn wir von der erkenntnistheoretischen Grundfrage ausgehen. Um diese Grundfrage spürbar zu machen, müssen wir noch einmal von der Wissenschaft ausgehen. Wir glauben, gewisse Wissenschaften zu haben und in ihnen Erkenntnisse, die sich etwa in den Realwissenschaften auf Reales beziehen. Diese Erkenntnisse sind eingekleidet in sprachliche Formulierungen, die aus Sätzen bestehen. Jede Wissenschaft hat ihr Gegenstandsbereich, auf das sie sich bezieht. Die Worte und Sätze sind nicht die Wissenschaften. Vielmehr beziehen sich die Worte durch ihre Bedeutung auf die Gegenstände und die Sätze beziehen sich durch ihren Sinn auf die Sachverhalte, behaupten etwas über die Gegenstände und erheben Anspruch auf Wahrheit. Auch im täglichen Leben glauben wir, Erkenntnisse über Gegenstände zu haben und wir glauben, daß sie wahr sind. Wir drücken diese Erkenntnisse in Worten aus, die eine bestimmte Bedeutung haben. Die erkenntnistheoretische Grundfrage in bezug auf die realen Gegenstände ist nun: Was sind die letzten Grundlagen dieser Erkenntnisse?

Die einen sagen: die Erfahrung. Wer sich bloß des Denkens bediene, werde niemals Erkenntnisse über die reale Wirklichkeit gewinnen können. Diese Meinung haben wir auch im realen Leben.

Ist nun Erfahrung wirklich die letzte Grundlage? Kann diese Meinung irgendwie in Zweifel gezogen werden? Tatsächlich hat *Hume* diesen Schritt des radikalen Skeptizismus unternommen, indem er glaubte, den Nachweis erbringen zu können, daß es von den realwirklichen Gegenständen nur sinnliche Erfahrungen oder Vorstellungen gäbe. Folglich müßten sich alle Wissenschaften von Körperdingen reduzieren auf Angaben von sinnlich-qualitativen Zusammenhängen von Sinnesdata. In Wirklichkeit versteht man aber unter Körperding stets etwas anderes als eine Summe von Sinnesdata.

Eine andere Auffassung sagt, das Körperding selbst kann man nur denken, es ist ein Verbindungsbegriff, der die Data zu einem Ganzen zusammenschließt. Diese Begriffe, Kategorien Kants, sind nicht sinnlich erfahrbar, nur hinzudenkbar.

Ferner meinen wir, die Körperdinge sind im Raum und bewegen sich in diesem Raum. Wo ist die Erfahrung, die diesen Raum gibt? Können wir ihn sehen? Nein. Raum ist nicht sinnlich erfaßbar. Raum ist nicht identisch mit Raum als räumliche Relation. Woher wissen

wir von räumlicher Relation? Auch sie ist nicht erfahrbar im Sinne von sinnlicher Faßbarkeit. Und ebenso ist es mit der Zeit und ebenso mit den Kräften, die in der real-wirklichen Welt wirksam sind.

Ich habe mich beschränkt auf die tote Welt. Das Resultat ist: Die Erfahrung kann nicht die letzte Grundlage für die Erkenntnis der Körperwelt sein. Was ist nun die Grundlage? Denjenigen, die die Erfahrung als letzte Grundlage betrachten, treten gegenüber diejenigen, die glauben, durch klares, deutliches Denken könnten in bezug auf Körperdinge allgemeine Erkenntnisse gewonnen werden. Alle Körper sind ausgedehnt: ist eine solche Erkenntnis. Die theoretische Physik bedürfe keiner Erfahrung. Von ihr, so wird behauptet, würden allein durch klares, deutliches Denken Erkenntnisse gewonnen.

Wenn man diese Frage wiederum genau prüft, zeigt es sich, daß es prinzipiell ausgeschlossen ist, eine solche Erkenntnis überhaupt zu gewinnen. Abgesehen von anderen Argumenten sei nur dies eine hervorgehoben, wit welchem Recht behauptet man, daß eine solche Erkenntnis für die wirkliche Welt Gültigkeit hat? Das ist doch nicht ohne weiteres selbstverständlich.

So scheint weder Denken noch Erfahren die zureichende Quelle der Erkenntnis zu sein. Auch die Verbindung von Erfahrung und Denken hilft hier nicht weiter. Die letzte Grundlage für die Erkenntnis einer Erscheinungswelt sind Sinnesdata, Anschauungsform und Kategorie, so führt Kant aus, der darin auf Untersuchungen von *Hume* basiert. Aber auch hiergegen lassen sich gewichtige Gegengründe anführen, die hier des Näheren nicht dargelegt werden sollen.

Immer wieder versuchte die Philosophie im Lauf des 19. Jahrhunderts den Kantianismus neu zu beleben. Aber alles war unbefriedigend. Wenn man nicht sagen wollte, es gibt nichts anderes als Sinnesdata und alles muß darauf reduziert werden und wenn man die Beziehung der Naturwissenschaften zur Welt, wie wir sie im täglichen Leben haben, nicht aufgeben will, muß man einen neuen Weg einschlagen und Kant und Hume neu prüfen. Ist es wahr, daß in der Erfahrung nur Sinnesdata gegeben sind? Sind die Anschauungs-Kategorien Kants zu Recht bestehend? Es bleibt nichts übrig, als nochmals die Erfahrung nachzuprüfen. Indem wir diese Untersuchung vornehmen, dürfen wir nichts voraussetzen, wir dürfen weder die Existenz der Körperwelt noch Raum und Zeit, noch Kräfte des ursächlichen Zusammenhangs als wahr annehmen. Da wir die letzten Grundlagen suchen, dürfen wir auch wissenschaftliche Erkenntnisse nicht voraussetzen. Alle Meinungen, die man bereits auf Grund natürlicher vorwissenschaftlicher Erfahrung hat, alle Überzeugungen und Prin-

zipien, an die man glaubt, alle Behauptungen und Erkenntnisse, seien sie nun Niederschlag einer Fachwissenschaft oder eines philosophischen Systems, alle diese Urteile, deren Wahrheit darum nicht angezweifelt zu werden braucht, müssen dahingestellt sein und ausgeschaltet werden. Diese geistige Haltung der Ausschaltung jeden Urteils ist sehr schwierig, aber das erste Erfordernis, das die Phänomenologie für jeden Forscher, dem es um Wesensforschung zu tun ist, stellt.

Ferner fordert sie als weitere Vorarbeit, eine Sinnklärung der Begriffe und Urteile vorzunehmen, die den Gegenständen und Sachverhalten entsprechen. Was ist im gegebenen Fall mit dem Begriff bzw. Urteil gemeint? Denn wir können nicht die Frage entscheiden, was der oder jener unter dem Begriff oder Urteil, die ich aufstelle, meint oder versteht. Was meinen wir z. B. mit dem Körperding? Sinnesdata? Komplexe von Sinnesdata? In Wirklichkeit meinen wir überhaupt nicht Sinnesdata. So kann durch eine Sinnklärung dessen, was gemeint ist, negativ alles abgeschieden werden, was verschieden ist. Nach dieser Vorarbeit hat man sich umzusehen, wo Körperdinge klar vor uns stehen, und dann zu fragen, was für ein Akt ist es, in dem das Körperding so leibhaft vor mir steht, daß es leibhafter nicht gegeben sein kann? Ist dieser Akt ein Sehen? Wie bauen sich diese Akte, in dem das Körperding in seiner vollen Leibhaftigkeit gegeben ist, aufeinander auf? So hat sich der Phänomenologe klar zu machen, was meinen wir mit den Begriffen, wo finden wir es und in welchen Akten ist es uns gegeben? Ist der Wahrnehmungsakt z. B. auf Sinnesakten aufgebaut? Und dann ist zu fragen, ist es vielleicht wesentlich notwendig, daß Körperdinge z. B. niemals in Sinnesakten gegeben sind. Liegt es im Wesen des Körperdings überhaupt, daß für seine Erfahrung notwendig nur fundierende oder fundierte Akte in Betracht kommen? Können wir feststellen, daß in der Erfahrung von Raum etwa dieser Raum eine subjektive Erscheinungsform ist? Läßt sich Raum schaffen und konstatieren?

So erforscht die Phänomenologie in streng auf das Wesentliche durchgeführte Einstellung sowohl die Bewußtseinsakte in ihrer Mannigfaltigkeit als auch deren intentionale Correlate und zwar durch Zurückgehen auf die Gegenstände selbst, durch Aufsuchen der Gegenstände in der ihnen gemäßen Sphäre mit den Anschauungsformen, die ihnen entsprechen. Sie will und kann für alle Wissenschaften die Akte bezeichnen, deren sich die Wissenschaften bedienen müssen, wenn sie zu ihren Gegenständen kommen wollen. Da jede Wissenschaft in bezug auf Gegenstände etwas behauptet und ihre letzte Grundlage

nur finden kann, wenn sie die Gegenstände selbst befragt, muß sie der Akte selbst sich bedienen.

Die phänomenologische Methode anwenden heißt: sich bis zu den Gegenständen selbst durcharbeiten. Ein Gegenstand ist niemals identisch mit der Summe seiner Eigenschaften. Um zu einem Gegenstand zu kommen, muß man die Eigenschaften häufig durchdringen. Die phänomenologische Methode ist die Methode, zu den Gegenständen selbst vorzudringen.

So tut sich für die Phänomenologie ein ganz ungeheures Gebiet auf, wenn wir die Wirklichkeit des täglichen Lebens und der Wissenschaften im ganzen überschauen. Was meinen wir z. B. mit Leben, Lebewesen? Die Wörter Leben und Lebewesen sind nicht bloße Wörter, sondern wir verbinden damit einen bestimmten Sinn, der ohne weiteres von uns verstanden wird. Es entsprechen ihnen bestimmte Begriffe. Trotzdem wir aber einen bestimmten Sinn, bestimmte Begriffe damit verbinden, fällt es doch schwer, das, was Leben und Lebewesen ist, logisch zu definieren. Vielleicht ist es aber überhaupt nicht definiebar, sondern nur erschaubar. In dem Erschauten können wir aber manches unterscheiden. Jedenfalls sind sie keine apriorischen Begriffe, sondern aus der Erfahrung genommen.

Wenn wir sie auch nur durch Erfahrung kennen gelernt haben, so können wir das mit ihnen Gemeinte doch für sich ins Auge fassen. Wir können uns, ohne Erfahrung weiter zu Hilfe zu nehmen, verdeutlichen, was als ihr Wesen anzusehen ist. Wir brauchen nur irgend ein Lebewesen anzusehen, um uns klar zu machen, was als Wesentliches daran auffindbar ist.

So denken wir uns gewöhnlich das Leben nicht als etwas Stillstehendes, sondern immer als etwas Bewegtes. Man spricht immer von einem Lebensstrom und meint, so lange Leben da ist, ist etwas unaufhörlich Strömendes vorhanden. Aber wir meinen doch nicht, daß das, was wir vor Augen haben, nun ein Flüssigkeitsstrom sei, der irgendwoher kommt, irgendwohin geht, in dem die Lebewesen bloß schwimmende Punkte sind. Vielmehr ist jedes Leben zentriert, jedes Lebewesen hat sein eigenes Leben und dieses eigene Leben ist etwas unaufhörlich Bewegtes. Wir meinen nicht, das Leben durchströme ein solches Lebewesen als ein Strom, der von außen kommt und durch die Teile des Lebewesens hindurch geht. Das Leben ist vielmehr ganz und gar im Lebewesen beschlossen und geht nicht über dieses hinaus. Das Lebewesen ist ganz und gar erfüllt mit diesem bewegten Etwas, das ganz innerhalb der Grenzen des Lebewesens bleibt. Das Leben, das unaufhörlich aus einem Lebewesen hervorströmt, ergießt sich in

das Lebewesen. Das Lebewesen ist nicht etwas, das vor dem Leben da wäre. Es ist nicht da ein Lebewesen, zu dem das Leben als Zutat hinzukäme, sondern das Lebewesen selbst erscheint uns als Produkt seines eigenen Lebens.

Was zum Lebewesen gehört, wird unaufhörlich durchströmt von Leben und unaufhörlich von diesem Leben schöpferisch gestaltet. Was zum Lebewesen als Äußeres gehört, ist nicht eine äußere Schale; gewiß gibt es solche Teile an dem Lebewesen, diese Teile aber betrachten wir als unlebendig, als mehr oder minder ausgeschieden aus dem Leben. Was sonst zum Lebewesen gehört, ist unaufhörlich stetig erneuert und stetig im Dasein erhalten. Denken wir uns ein fertiges Lebewesen, so ist ein solches Lebewesen nicht erstarrt, es wird in allen seinen Teilen vom Leben unaufhörlich schöpferisch gestaltet. Dieses fortwährende Neugestaltetwerden des Lebewesens bedeutet aber nicht, daß das Lebewesen sich verändert. Auch wenn es sich gar nicht verändert, ist es unaufhörlich neuproduziert, unaufhörlich entstehend und vergehend.

In dem Lebewesen, das wir so vor Augen haben, ist nun nicht nur eine Strömung von innen her, sondern es geht aus der Lebensmitte eine Zielung auf die äußere Gestalt des Lebewesens, die nicht eine leere Zielung ist, insofern als aus einer bestimmten Lebensmitte nicht jede beliebige Gestalt hervorgehen kann. In jedem Lebewesen ist das angelegt, was es wird, und wenn nun diese Zielung darauf hinzielt, das äußere Dasein des Lebewesens zu produzieren und durch stetige Selbsterneuerung im Dasein zu erhalten, so ist diese Zielung schon inhaltlich bestimmt, ohne daß das, worauf die Zielung hingeht, vorgestellt zu sein braucht. In der Lebenszielung, die in jedem Lebewesen vorhanden ist, ist das angelegt, was das Lebewesen werden soll; bei einem vollendeten Lebewesen ist das, was es ist, und das, was es werden soll, zeitlich nicht auseinandergelegt.

Man sagt zuweilen, jedem Lebewesen wesentlich sei das Streben nach Selbsterhaltung. Wenn wir diese Behauptung gründlich prüfen wollen, so müssen wir uns klar machen, was hier mit Selbsterhaltung gemeint ist und uns dann in das Wesen des Lebewesens versenken, um zu erkennen, ob mit dem Lebewesen notwendig die Tendenz auf Selbsterhaltung gegeben ist.

Wenn wir unter Selbsterhaltung eine Konservierung, ein Abwehren äußerer Einflüsse, die einen Gegenstand vernichten können, verstehen, dann ist nicht notwendig mit jedem Lebewesen eine solche Zielung auf Selbsterhaltung verbunden. In diesem Sinne gemeint,

würde vorausgesetzt sein, daß ein Lebewesen fertig da ist und daß von außen vernichtungsdrohende Einflüsse vorhanden sind, gegen die sich das Lebewesen zu wehren hat. Aber nehmen wir an, daß ein Lebewesen solcher Bedrohung bewußt ist, so besteht doch für ein solches Wesen nicht ohne weiteres ein notwendiger Grund, nach Selbsterhaltung zu streben. Ein Lebewesen kann sich zum Ziel setzen, sein Leben zu erhalten, aber es ist nicht notwendig.

Unter Selbsterhaltung kann aber auch noch etwas anderes verstanden sein. Die Zielung, die dem Lebewesen seinem Wesen nach innewohnt, geht nach Selbsterhaltung in einem anderen Sinne. Das Lebewesen ist nicht als fix und fertig vorauszusetzen, das als ein totes Etwas dasteht. Lebewesen sind lebendig und in ihrem Sein unaufhörlich durch das Leben selbst geschaffen. Unaufhörlich quillt aus einer Lebensmitte Leben, das bis in alle Teile des Lebewesens dringt, stetig das Lebewesen selbst erneuernd. Auch im Schlafe quillt aus einer Mitte stets dieses das Lebewesen selbst erneuernde Leben. Das Leben des Lebewesens ist ein unaufhörliches Werden, das nicht notwendig eine Veränderung in sich schließt, sondern ein fortwährendes Sichinsdaseinsetzen ist. Mit Selbsterhaltung kann man nun dieses Zielen aufs Dasein bezeichnen. Aber diese Zielung geht nicht über das Lebewesen hinaus, ist nicht notwendig gegen die Drohung von außen gerichtet. Ein Lebewesen ist nicht mehr, wenn diese Zielung aufhört. Das Lebewesen, das da ist, wird unaufhörlich: in jedem Moment ist es und ist es auch nicht. Auf der einen Seite bedarf ein reflexives Zielen eines Ausgangspunktes, auf der andern Seite eines Endpunktes. Beide gehören zum Lebewesen und sind doch nicht identisch. Der Ausgangspunkt dieses wirklichen Zielens ist nicht leer, sondern er ist erfüllt mit einer Vorzeichnung und diese Vorzeichnung wird unaufhörlich verwirklicht, indem das Lebewesen auf seine Selbstauszeugung hindrängt. In jedem Moment wird also etwas, das noch nicht ist. Diese Schwierigkeit hat *Simmel* sehr lebhaft geschildert. Nicht mit Sätzen und Begriffen dürfen wir uns abgeben, sondern in das Lebewesen müssen wir uns hineinversetzen.

Ein Lebewesen hat sich selbst nicht in seinem Ausgangspunkt geschaffen. Es ist auch nicht ohne das, was es selbst schafft. Also das Selbstauszeugen bezieht sich nicht auf den Ausgangspunkt, enthält das, was ausgezeugt wird; der Ausgangspunkt hat sich nicht als leeren Ausgangspunkt ausgewählt und von sich aus sich geschaffen, sondern das Lebewesen ist mit einer Vorzeichnung erfüllt einfach da, von etwas anderem geschaffen. Aber nachdem es einmal da ist, ist dieser Drang auf Selbstauszeugung vorhanden. Inneres und Äußeres des Lebe-

wesens ist verbunden durch den Lebensstrom, der die Zielung auf Selbstauszeugung in sich enthält.

Nun könnte man meinen, das Sichauszeugen sei etwas späteres, primär sei ein Lebewesen erfüllt vom Willen zum Dasein. Auch hier ist zu beachten, daß das Dasein nicht ein totes und nicht ein leeres Dasein ist. Das Lebewesen zielt nicht darauf hin, das Dasein von irgend etwas zu erzeugen, sondern es selbst als bestimmtes Lebewesen soll da sein. Der Wille zum Dasein ist also zu erfüllen mit dem Willen, ein bestimmtes Lebewesen zu sein.

Ähnliches gilt von der Behauptung, das Lebewesen sei seinem Wesen nach erfüllt vom Willen zum Leben. Gewiß kann ein Lebewesen vom Willen zum Leben erfüllt sein, aber dies ist nicht notwendig mit dem Lebewesen gegeben. Nicht als bloßes Leben wird das Leben erstrebt, sondern die Zielung geht darauf, ein bestimmtes Lebewesen zu sein. Auch hier haben wir den irrationalen Punkt, daß ein Lebewesen, um nach Leben zu streben, doch schon da sein muß. Das leere Leben, das nicht Leben irgend eines Lebewesens wäre, ist nicht Ziel des Lebewesens. Leben einer ganz bestimmten Art und Leben eines ganz bestimmten Subjekts wird erstrebt. Wesentlich ist dem Lebewesen die stetige schöpferische Selbstauszeugung. Inwiefern ist nun ein Lebewesen Schöpfer seiner selbst? Indem das Lebewesen sich selbst auszeugt, schafft es sich selbst, aber bei jedem Lebewesen müssen wir das Auszeugen von dem Ausgezeugten unterscheiden. Das Lebewesen das sich auszeugt, schafft sich nicht, sondern ist bloß da, geladen mit einer bestimmten Zielung, mit einer bestimmten Angelegtheit, als eine mit Verwirklichungsdrang geladene Möglichkeit. Das Lebewesen selbst ist nicht sein eigenes Produkt, die Zielung des Lebewesens geht auf stetige Selbstauszeugung und ist mit seinem Wesen gegeben.

Kein Leben kann sein, ohne Leben eines Lebewesens zu sein. Leben und Lebewesen sind wesensnotwendig miteinander verknüpft. Leben ist kein fertiges starres Dasein, sondern ein unaufhörliches Geschehen. Das Leben quillt aus dem Lebewesen hervor und bleibt innerhalb seiner Grenzen. Dieses Geschehen ist nicht nur ein bloßes Werden, dieses Werden ist zugleich ein Tun. Dieses Geschehen und Tun, das aus dem Lebewesen hervorquillt, ist ein Tun des Lebewesens und in diesem Tun wirkt das Lebewesen. Sein Werden, Tun und Wirken sind im Lebewesen vereint. Das Leben selbst ist ein Wirken, das vom Lebewesen ausgeht und im Lebewesen verbleibt. Jedes Lebewesen zielt wirkend auf Selbstauszeugung. Dies ist jedoch mehrdeutig: Ein Lebewesen kann fertig sein, dann ist es aber nicht ein aus dem Leben

abgesetztes Objekt, sondern es ist immer noch ein unaufhörlich selbstproduzierendes. Auch wenn es sich gar nicht verändert, so geschieht doch unaufhörlich diese stetige Selbstauszeugung.

Aus dieser kurzen, in seinen einzelnen Bestandteilen lückenhaften Analyse des Wesens des Lebens läßt sich ungefähr ein Bild gewinnen, wie die Phänomenologie vorgeht, um zu einer Klärung des Begriffs „Leben" zu gelangen. Immer sich orientieren, an dem, was sich an einem Lebewesen, das wir als Lebewesen überhaupt erfassen, als wesentlich herausstellt und dieses Wesentliche selbstaufzeigen, so wie es sich selbst erweist, ist Ziel der Phänomenologie.

Auch die Psychologie und Psychopathologie können einer Grundlegung durch die Phänomenologie des Psychischen nicht entbehren. Es gibt seelische Lebewesen und seelische Vorgänge. Was meinen wir mit Seele, mit menschlicher Persönlichkeit? Die seelischen Lebewesen sind auch leibliche Lebewesen, auch Körper, in denen physikalisch-chemische Prozesse zum Ablauf gelangen. Es sind Körper, die sich hinter Sinnesdaten aufbauen; woher wissen wir davon? Was ist die letzte zureichende Erfahrung, in der das Seelische leibhaftig selbst gegeben ist?

Diese Grundfragen zu beantworten, ist die empirische Psychologie nicht befähigt, es sei denn, der Titel: empirische Psychologie bekommt den Sinn: Psychologie des Menschen überhaupt. Jedenfalls aber ist sie dazu nicht imstande, wenn sie nicht auf phänomenologische Eidetik = Wesenslehre des Psychischen zielt und dazu der phänomenologischen Methode sich bedient, gleichgültig, ob sie diese Ausdrücke übernimmt oder nicht.

Das wesentlich Neue und ganz Andere einer phänomenologisch eidetischen Psychologie gegenüber allen bisherigen Psychologien sind die immanenten Bewußtseinsanalysen, d. h. die Aufdeckung all dessen, was sich am Bewußtsein und seinen Variationen wesentlich zeigt; und zwar so aufdecken, wie es sich von ihm selbst her zeigt, von ihm selbst her sehen läßt [1]).

*) *Hoche* hat in seinen beiden Vorträgen, in denen er sich gegen die Phänomenologie aussprach, eine Äußerung *Pfänders* in dessen Logik als Beweis angeführt, daß die Phänomenologen über das Wesen der Phänomenologie sich noch nicht recht im klaren seien. Es muß hier ein Mißverständnis vorliegen; denn *Pf.* hat in seiner „Psychologie der Gesinnungen" ausdrücklich der Phänomenologie und im besonderen der Phänomenologie des Psychischen seine prinzipiell grundlegende Stellung angewiesen. Er sagt dort: „Die Phänomenologie des Psychischen hat vorzudringen bis zur direkten Erfassung des Psychischen selbst und dann eine völlig getreue Beschreibung des psychischen Bestandes selbst zu geben. Sie gewinnt so

Was noch vor kurzem als Psychologie geboten wurde — von *Wundt* bis *Bleuler* — waren naturwissenschaftliche speziell physiologische Betrachtungen mechanistischer Natur. Ohne zu fragen, ob das Psychische nicht sein eigenes Wesen hat, das mit dem, was Natur als Gegenstand der Naturwissenschaften, der Gesamtbereich möglicher Erfahrungen des räumlich-zeitlichen Weltalls in sich befaßt, in seiner Eigenart nicht übereinstimmt, befangen in philosophischen Vorurteilen materialistischer, evolutionistisch-biologistischer Weltanschauung, die das Psychische nach Analogie der Naturgegenstände zu verstehen sucht und es aus Funktionen des naturhaft Realen in Raum und Zeit hervorgehen läßt oder die das Bewußtsein gleich den morphologischen, physiologischen Besonderheiten der Lebewesen als natürliches Züchtungsprodukt im Daseinskampf der Arten auffaßt, hat diese Psychologie, die sich als ein Zweig der Naturwissenschaft betrachtet, naturwissenschaftliche Anschauungen und Begriffe wahllos in die psychologische Forschung hinübergenommen, während der

---

die letzte grundlegende Kenntnis des Seelischen. Und nur, wo diese auf einem seelischen Gebiete erreicht ist, kann man der Gefahr entgehen, daß man wesentlich verschiedene seelische Tatsachen miteinander verwechselt. Läßt man dagegen das „Was" der seelischen Tatsachen ununtersucht im Dunkel stehen, so gewinnt man sicher ein falsches konstruktives Bild von der psychischen Wirklichkeit überhaupt, und man verschwendet unter Umständen umfangreiche Arbeit an psychologischen Untersuchungen, die von vornherein hinfällig sind, weil ihnen die hinreichende phänomenologische Grundlage fehlt, die allein imstande ist, die unbemerkten falschen Vorüberzeugungen über die psychische Wirklichkeit zu beheben und zu zerstören.

Es ist müßig, die Möglichkeit einer phänomenologischen Untersuchung der psychischen Welt vor jedem ernstlichen Versuch zu bestreiten. Auch der Hinweis auf die geringen Resultate, die bisher die Phänomenologie wenigstens auf den zentraleren Gebieten der seelischen Wirklichkeit erreicht habe, auf den Streit der Meinungen, der noch immer in bezug auf die letzten seelischen Data herrsche, kann in keiner Weise die Unmöglichkeit der psychologischen Phänomenologie dartun. Daß die phänomenologische Erforschung des Psychischen eine sehr schwierige, ja wohl die schwierigste Aufgabe der Psychologie ist, das ist zweifellos. Man darf aber über diese Schwierigkeit nicht dadurch hinwegzukommen suchen, daß man aus einer vielleicht bestehenden subjektiven Unfähigkeit eine objektive Unmöglichkeit macht. Auch durch eine falsche Aufgabenbestimmung der Psychologie sucht man der Schwierigkeit phänomenologischer Untersuchungen auszuweichen, indem man erklärt, die Psychologie habe sich gar nicht um das Wesen und die Beschaffenheit der seelischen Tatsachen selbst zu kümmern, sondern sie habe nur die gesetzmäßigen Beziehungen der Tatsachen möglichst genau festzustellen. Es ist eine bestimmte Theorie über die Aufgabe der Naturwissenschaften, die hier unberechtigterweise auf die Psychologie übertragen wird. Über die Mög-

eigentliche Gegenstand der Psychologie, die Seele und die seelischen Regungen nur ganz nebensächliche Erforschung erfahren hat. In Betrachtung der Sinnesorgane, Gehirnvorgänge, Empfindungen, Vorstellungen, erschöpfte sich diese Psychologie. Was sie über Gefühls- und Willensleben zu sagen hatte, waren dürftige, zumeist keineswegs den Gegenstand treffende Bemerkungen.

Aber selbst wo die Psychologie diese Entwicklungsstufe überwunden zu haben scheint, sind zumeist noch Existenz und Eigenart des seelischen Lebens kaum recht anerkannt. Statt so vorzugehen, wie das jede Tatsachen-Wissenschaft tut, nämlich das, was als Niederschlag des natürlichen Erlebens, Erfahrens und Denkens vorliegt, die Region des Seelischen als Gegebenheit hinzunehmen, zu beschreiben, zu sichten, zu ordnen usw., statt dessen ergeht sich die Psychologie auch heute noch oft zunächst in Spekulationen, betrachtet die Seele als ein unbekanntes X, als Sammlung von Eigenschaften, als Anhäufung ursprünglich erworbener Dispositionen, die man als

lichkeit der Phänomenologie des Psychischen kann schließlich nur der ernste und nachhaltige Versuch der dafür Begabten und Geschulten entscheiden.

Und dieser Versuch ist bisher nicht völlig vergeblich gewesen. Ja, ein Blick auf die Geschichte der Psychologie zeigt, daß geradezu die Fortschritte der Phänomenologie des Psychischen es gewesen sind, die den Fortschritt der Psychologie bedingt haben. So lange man noch über die seelischen Tatsachen aus der Ferne redete, so lange man forschte, ohne die Tatsachen selbst unmittelbar forschend ins Auge zu fassen, da verwechselte man Empfindungen resp. Wahrnehmungen mit Vorstellungen ebenso die Empfindungsinhalte, wie z. B. Farben mit den Empfindungen selbst, da kannte man auch keinen Unterschied zwischen Vorstellen und Denken; da gab es keine Aufmerksamkeit, sondern nur eine besondere Intensität der Gegenstände der Aufmerksamkeit; da unterschied man nicht zwischen Aufmerksamkeit und Apperzeption; da sollten die Gefühle bloße „Töne“ oder „Färbungen“ der gegenständlichen Bewußtseinsinhalte sein; da gab es nicht das eigenartige seelische Element des Strebens, sondern nur Vorstellungen, deren gegenseitige Hemmungen und eventuell noch Gefühle; und selbst das Wollen sollte nur aus Vorstellungen bestehen. Wenn es heute anders geworden ist, wenn heute wenigstens die fortgeschrittenen Psychologen alle diese Verwechslungen und Theorien als schwerwiegende Irrtümer erkennen, so ist dies ausschließlich das Verdienst phänomenologischer Einsichten, mögen sie nun unter diesem oder unter einem andern Titel aufgetreten sein.

Der wahre Maßstab für die Bewertung irgendwelcher psychologischer Ergebnisse sind nicht „die gesicherten Resultate der bisherigen psychologischen Forschung“, oder ihre Brauchbarkeit für eine „Theorie des Psychischen“, sondern einzig und allein die psychischen Tatsachen selbst. Die Phänomenologie aber kommt gerade diesen Tatsachen so nahe als nur irgend möglich.“

unerkennbaren Grund dem seelischen Leben durch ursprüngliche Rückschlüsse nur gedanklich unterlegt und, was sich hiebei besonders verhängnisvoll auswirkt, läßt sich bereits in der Materialgewinnung des Seelischen von solchen Vorurteilen bestimmen.

Ferner ist die Psychologie noch immer im wesentlichen darauf gerichtet, die Elemente des psychischen Lebens zu erkennen. Auch hierauf ist der Einfluß der Naturwissenschaften von maßgebendem Einfluß gewesen. In den Naturwissenschaften hatte die Erforschung der Elemente, der letzten kleinen Bestandteile so rasche Fortschritte gemacht, daß man lange Zeit glaubte, durch Analyse alle Fragen lösen zu können. Es schien, als ob die Aufgabe jeder Wissenschaft überhaupt dies sei, die letzten Elemente und deren Beziehungen zu erkennen. Auch die Psychologie war und ist vielfach heute noch vorwiegend oder rein analytisch eingestellt: Analyse der Wahrnehmung, Vorstellung, des Denkens, des Wollens usw. Das Resultat davon ist Kenntnis der letzten Elemente. Man geriet sogar auf Abwege, die heute zumeist schon als Verirrung offenkundig sind, daß man die peripherst gelegenen Grenzbezirke der Physiologie, die Farben und ihre Sinnes-Empfindungen zur Psychologie zählte.

Analyse ist nicht die einzig berechtigte Methode. Viele grundlegenden wesentlichen Fragen und Aufgaben auf dem Gebiet der Psychologie lassen sich mit Analyse allein nicht lösen. Die psychischen Elemente sind nicht als Haufen gegeben, sondern haben eine Struktur; die Mannigfaltigkeit der seelischen Regungen hat einen gegliederten Aufbau, eine Einheit, die sich nicht nur als Einheit der Zeit oder des einen Ich ausweist; es zeigt sich, daß einzelne im gegebenen Moment stattfindende seelischen Geschehnisse hinterbaut sind von tieferem seelischen Leben. Wir müssen in die Tiefe der innersten Persönlichkeit eindringen, sie aufhellen, als Ganzes in den geistigen Griff bekommen, um zu sehen, warum jetzt dieser Mensch gerade so denkt, handelt oder gesinnt ist. Aus einer Quelle strömend erweist sich das seelische Leben. Um gewisse seelische Komplexitäten zu verstehen, müssen wir von der Mannigfaltigkeit nicht in das einzelne gehen, sondern immer zusammennehmen, in Einheit fassen und auf die Grundlagen des individuellen Seelenlebens zurückgehen. Das menschliche Seelenleben ist eine Einheit in ganz eigentümlichem Sinne, deren Wesenserfassung nur mittels der synthetischen Forschungsmethode gelingt. Daß es bisher keine synthetische Psychologie gibt, ist kein Einwand gegen sie. *James* hat schon darauf hingewiesen, wie sie beschaffen sein müßte. Freilich, sie ist außerordentlich schwer und es gehört besondere psychologische Begabung dazu.

So begegnen wir gerade auf dem Gebiet der Psychologie auch heute noch immer wieder Vorurteilen, sei es der Methode, sei es der Auffassung des Seelischen, die sich nur zur Auflösung bringen lassen durch Neuanfang, Besinnung auf das Wesen des Seelischen, Herausarbeitung der von ihm geforderten Methodik. Dies ist aber nur möglich der eidetischen Psychologie. Sie kümmert sich nicht darum, was jemals an Meinungen und Vermutungen, Urteilen und Überzeugungen, Hypothesen und Theorien über das Seelische vorgebracht wurde, gleichgültig ob im Dienst einer empirischen Tatsachen-Wissenschaft oder einer erkenntnis-theoretischen Einstellung. Das bleibt alles dahingestellt. Ausgangspunkt ist für sie wie für jede Wissenschaft die Welt der natürlichen Einstellung. In ihr finden sich Dinge und dingliches Geschehen; in ihr lassen sich Lebewesen und Lebensgeschehen aufweisen; in ihr findet sich auch Seelisches und seelisches Geschehen. Das ist uns etwas ganz Alltägliches.

Sowie wir uns aber dem seelischen Leben in Erkenntnisabsicht zuwenden, finden wir meist nichts mehr und sehen nur mehr das leibliche Leben. In Wirklichkeit wissen wir aber schon sehr viel über das Seelische, sei es aus dem Alltagsleben, sei es aus Geschichte oder Dichtung.

Um nun aber zum Erkennen des Seelischen vorzudringen, müssen wir eine ganz andere Betrachtungsweise einschlagen. Wir müssen zu der Betrachtung von außen, in der uns der menschliche Körper gegeben ist, die Betrachtung von innen hinzunehmen und uns in die menschliche Persönlichkeit hineinversetzen und von da aus unseren Standpunkt für immer festhalten. Von hier aus müssen wir, wenn wir den Menschen erkennen und verstehen wollen, hinblicken auf die Gegenstände, auf die sich sein seelisches Leben richtet. Das charakteristisch-wesentliche des wachen seelischen Lebens des Menschen nämlich ist dies, daß es immer intentional auf Gegenstände gerichtet ist. D. h. nicht gerichtet-sein in physikalischen Sinne und Gegenständliches nicht im Sinne von real existierenden Körperdingen. Denn dies bezielte Gegenständliche ist bei den einzelnen Menschen immer verschieden, selbst wenn die reale Umgebung stets dieselbe bleibt. Und in der realen Umgebung ist zumeist vieles da, von dem er jetzt kein Bewußtsein hat, oder er hat ein Bewußtsein von Entlegenem, das in der Umwelt gar nicht da ist.

Entscheidend nun für jeden, der eine Einsicht in das Wesen der seelischen Regungen gewinnen will, ist dies, daß er imstande ist, neben der natürlichen Einstellung des Gerichtetseins auf Gegenständliches die phänomenologische Einstellung zu vollziehen. Der Phänomenologe

gibt die natürliche Einstellung nicht auf, aber er lebt nicht nur in ihr. Er will nicht wissen, was die natürliche Einstellung bewußt macht, will nicht die Bestimmtheiten des Gegenständlichen erfassen, sondern er will sich in die zielenden, meinenden, intentionalen Akte versenken. Er verwirklicht die Akte, indem er sie schlicht vollzieht, für ihn kommt aber nicht das Gemeinte in seinem So-Sein, sondern das Meinen in seinem vollen Gehalt selbst in Frage.

Ein Beispiel zur Erläuterung: Der phänomenologische Psychologe fragt nicht, was nimmt das Ich wahr, wenn es wahrnimmt, auch nicht, wodurch nimmt es wahr (Sinnesorgane) oder wie kommt die Wahrnehmung zustande (Reiz von außen — Einwirkung auf die Sinnesorgane — Übertragung durch die Nervenbahn), sondern erfragt, was erlebt ein Ich, während es etwas erlebt, z. B. eine Wahrnehmung? Wie baut sich das Wahrnehmen für das diese Wahrnehmung nun erlebende Ich auf? Wie baut sie sich für das Ich auf, während es wahrnimmt und die Wahrnehmung durchlebt? Wie taucht die Wahrnehmung zunächst aus dem Bewußtseinshintergrund auf? Wie ist es, wenn das Ich sie aufnimmt, aktualisiert, während es vorher vielleicht anderem zugewandt war? Wie fühlt sich das Ich beim Durchleben der Wahrnehmung? Wie ist es, wenn während des Wahrnehmens ein anderes Erlebnis auftaucht und das Ich ablenkt? wie, wenn es mit voller Aufmerksamkeit darin lebt? Wie steht ihm das Gegenständliche in den verschiedenen Phasen des Wahrnehmens gegenüber? Gibt es überhaupt verschiedene Phasen und wodurch sind sie charakterisiert? usw.

Diese Fragen beantworten zu können, verlangt jenes eigenartige nur im Selbstvollzug klar zu erfassende Sichinsichselbstversenken, das die Phänomenologie mit dem Ausdruck Intuition bezeichnet, eine Bewußtseinshaltung, die *Husserl* gegenüber der natürlichen Haltung als widernatürlich charakterisiert.

Nur so kommt der Psychologe zu einer Erkenntnis seines Gegenstandsgebiets, daß er alle überhaupt nur denkbaren Erlebnisarten untersucht, indem er sich immer in das erlebende Ich versetzt, und nun von innen her untersucht, wie ein Erlebnis im Erlebtwerden sich innerlich aufbaut, wie einerseits das in ihm Intendierte als Wahrgenommenes, Erinnertes, Phantasiertes, Gedachtes usw. dasteht — und das in noëmatischen Analysen beschreibt — andererseits, wie das Erlebnis selbst erlebnismäßig abläuft und die Weisen des Ablaufs etwa hinsichtlich Strömungsgeschwindigkeit, Tonus, Intensität usw. in noëtischen Analysen festhält.

Hierbei bleibt aber die Phänomenologie nicht stehen. Sie wird

bei ihren Deskriptionen auf vieles stoßen, was sich bei näherem Zusehen für das in Frage stehende Phänomen als unwesentlich, nebensächlich, uncharakteristisch herausstellt. So ist z. B. ohne weiteres einsichtig, daß zur Klärung des Phänomens Wahrnehmung unwesentlich ist, wer nun die Wahrnehmung vollzieht, ob der oder jener, diese oder jene individuelle Person, aus diesem oder jenem Milieu stammend, mit diesen oder jenen Anlagen ausgestattet, diesen oder jenen Fehlern behaftet usw. Dies empirische konkrete Subjekt ist vielmehr auch etwas, das, um hinsichtlich seines Wesens und seiner Wesensstruktur erkannt zu werden, erst in phänomenologischer Analyse herausgestellt werden muß. Was muß vorliegen, damit ein Ich sich als diese empirische Person fühlt und weiß, was ändert sich, wenn es sich nicht mehr als diese empirische Person oder als eine andere z. B. abgespaltene Person, fühlt und weiß? Was kommt zu dem Ichpunkt des Erlebens, aus dem alles seelische Leben hervorquillt, hinzu, damit das Ich des X, des Y, gegeben ist? Was ist wesentlich, was unwesentlich daran? usw.

Was die phänomenologisch-eidetische Psychologie in ihren Deskriptionen anstrebt, ist Vordringen zum Wesen des Seelischen, zu den Wesensstrukturen, „ohne die die Schärfe sinnhafter Einstellungen, die Voraussetzung klarer und deutlicher Fixierung der Tatsachen unmöglich ist“.

Um in der empirischen Psychologie oder Psychopathologie, die es im Gegensatz zur eidetischen immer mit irgendwie schon bestimmten Subjekten zu tun hat, klare, eindeutige Feststellungen machen zu können, müssen die allgemeinen Strukturgesetze, auf Grund deren sich das so und so bestimmte Subjekt aufbaut, bekannt sein. Die Klärung dieser Wesenszusammenhänge aber geschieht in der eidetischen Psychologie auf Grund phänomenologischer Methode.

Gerade diese phänomenologisch herausgestellten Strukturzusammenhänge bieten auch den Maßstab, an dem man die Besonderheit der individuell bestimmten Erlebnisse, etwa die krankhaften Abweichungen, messen kann. Weiß ich von der eidetischen Psychologie, wie die Wahrnehmung eines Raumdings oder die des eigenen Leibes sich aufbaut, so kann ich dazu das einzelne, besondere, krankhafte Wahrnehmungserlebnis in seiner Struktur in Vergleich stellen, auf seine Abweichungen hin untersuchen, da nun wieder auf das Wesentliche abheben und schließlich die wesentlichen Unterschiede zwischen normaler und krankhafter Wahrnehmung durch Deskription festlegen.

Oder um auf das Beispiel: Konstitution der Persönlichkeit zurück-

zukommen: Wenn ich von der eidetischen Psychologie her über die Wesenstruktur des Aufbaus der Persönlichkeit orientiert bin, kann ich das Wesen der Selbstbewußtseins-, der Ichbewußtseinsstörungen, der Persönlichkeitsspaltung, ihre Art des inneren Erlebtwerdens aufweisen und kann untersuchen, welche Seiten des Gesamterlebens seines Selbst gestört sein müssen, damit ein Ich sich einmal als diese, dann wieder als jene konkrete Person fühlt und erweist.

Was die Phänomenologie in ihren Deskriptionen anstrebt und erreicht, ist Vordringen zum Wesen, zur Wesensstruktur des Seelischen.

Einwürfe dagegen:

Vielleicht wird dagegen eingewendet: das will und kann die Naturwissenschaft mit ihren Methoden auch. Induktion, das altbewährte Mittel logischer Schlußfolgerung führe hier auch zum Ziel.

Aber induktives Schließen hilft hier nicht weiter. Damit kommt man nicht zum Wesen. Um in einem Einzelfall sagen „das ist eine Wahrnehmung" und gar in gehäuften Einzelfällen als der Prämisse zu einem induktiven Schluß dies Urteil als wahr aufstellen zu können, muß man das Wesen irgendwie schon kennen. Faktisch wissen wir alle im natürlichen Leben, was Wahrnehmung ist, wir haben ein mehr oder weniger deutliches Bewußtsein davon; um das Wesen der Wahrnehmung zu eindeutiger Klarheit zu bringen, was doch die Voraussetzung einer wissenschaftlichen Aussage darüber ist, genügt es nicht, noch so viele einzelne Beispiele zu häufen und das allen Beispielen Gemeinsame herauszuheben. Daß einmal eine scharf umrissene, ein andermal eine verschwommene Wahrnehmung, einmal eine Wahrnehmung bei Tageslicht, ein andermal bei künstlicher Beleuchtung gegeben ist, das ist doch nicht hinreichender Grund, daß eine Wahrnehmung gegeben ist. Jedenfalls ergibt sich dies, daß es möglich ist, in der einzelnen Wahrnehmung das Wesen der Erlebnisart wahrnehmend zu erfassen.

So geht doch auch der Mathematiker vor; nicht induktiv kommt er zur Erkenntnis, daß zwischen zwei Punkten die Gerade die kürzeste Linie ist, sondern am Einzelbeispiel mit seinen vielen Unzulänglichkeiten gewinnt er seine klaren, eindeutigen, auf Anschauungen fundierten Kenntnisse.

Genau ebenso läßt sich auch an Einzelbeispielen vom Seelischen in immanenten Bewußtseinsanalysen das Wesen des Bewußtseinserlebnisses erfassen und erschauen durch jene charakteristische Umstellung und geistige Wendung, wie sie der Mathematiker am Einzelbeispiel seines Gegenstandsgebiets vollzieht.

Das charakteristische der phänomenologischen Methode ist darin zu erblicken:

Was sie gegenüber jeder andern Methode kennzeichnet, ist einmal Einschränkung auf das Phänomen. Alles, was durch natürliche Erfahrung oder was in andern Wissenschaften bereits dazu gesagt ist, was ein philosophischer Standpunkt, Neigung zu einer Weltanschauungsrichtung hineinlegt, was eine wissenschaftliche Theorie dazu zu sagen hatte, alles das bleibt dahingestellt. Nichts als das Phänomen ist maßgebend.

Und das Phänomen wird nicht in seiner zufälligen individuellen Beschaffenheit, sondern in seinen wesentlichen Momenten erfaßt. Und diese werden nicht induktiv erschlossen, sondern intuitiv erfaßt.

Gerade dieser Begriff der Intuition ist es nun aber, der beim Naturforscher strikte Ablehnung erfährt. Die Phänomenologie mache es sich bequem, nehme die Beweispflicht leicht, Statt Studium und Arbeit — Einfühlung und Intuition. —

So einfach ist es aber nun doch nicht. Schon allein das Untersuchungsobjekt, das Phänomen, in die richtige Blickrichtung des reflexiven Zurückschauens zu bringen, ist nicht so leicht. Neben der Festhaltung der natürlichen Einstellung noch die phänomenologische Einstellung, diese geistige Haltung in voller Wachheit auszuführen, gelingt nicht ohne lange Übung und dauernde Bemühung.

Ferner: Die Wesenserfassung ist nicht charakterisiert als ein rein passives Schauen; sie hat vor allem nichts mit magischer oder mystischer Versenkung zu tun. Es bedarf vielmehr eingehender Analysen, Variierung der Möglichkeiten — auch das Experiment hat hier seinen Platz — um immer klarer das Gesuchte herausstellen zu lernen. Es gehören dazu Bedeutungsanalysen der zur Beschreibung verwandten Begriffe, damit nicht Äquivokationen oder sonstige Fehldeutungen unterlaufen. Immer wieder muß in kritischer Selbstprüfung gefragt werden: Wird mit den Begriffen, mit denen ich glaubte, das Wesen eindeutig festgelegt zu haben, auch sicher nichts Mißzuverstehendes gemeint? Geben die Beschreibungen jene Situation, jenen Standort eindeutig wieder, von denen aus das Wesen klar ersichtlich selbst gegeben ist?

Aus diesen wenigen Andeutungen ergibt sich zur Genüge, daß hier keine Charlatanerie vorliegt. Man wird nicht von heute auf morgen Phänomenologe. Es bedarf gründlicher Kenntnisse, eingehender und regelmäßiger analytischer Arbeit. Zu glauben, die phänomenologische Methode auf Grund der Lektüre phänomenologischer Arbeiten beherrschen zu können, wäre ein großer Irrtum. Immer wieder heißt es: die Momente, auf die es wesentlich ankommt, aus dem auch gegebenen

Unwesentlichen, Individuellen herausfassen lernen. Es ist wie beim Mikroskopieren des Gehirns: Auch hier ist die geistige Haltung des Schauens nicht passiv hinnehmend, sondern in das Betrachten geht ein aktives geistiges Tun, Suchen, Absondern, Festhalten, Vergleichen, Variieren, Überblicken der Zusammenhänge, Ausschalten von Nebensächlichen usw. Auch hier gilt, es ist noch kein Gehirnanatom vom Himmel gefallen. So wenig in der Gehirnanatomie die Schulung durch Lektüre, durch Anhören von Vorlesungen, Übernahme fremder Meinungen gewonnen wird, so wenig ist das in der Phänomenologie der Fall. Das einzige, das hier und dort zum Ziele führt, ist selbständiges Arbeiten.

Und was die Argumente betrifft: Leichtnehmen der Beweispflicht — Widerspruch des von der Phänomenologie als wahr Ausgegebenen mit den Feststelllungen der Wissenschaft — man habe es nur mit subjektiven Meinungen zu tun, so sind alle Einwände aus dieser Richtung nicht schwer zu widerlegen. Niemand erhebt die gleichen Einwände gegen die Mathematik. Damit, daß keine objektiven Merkmale und Kriterien für die Richtigkeit der gefundenen Resultate angegeben werden können, sind die Resultate doch nicht subjektiver Natur.

Die Wahrheit eines Urteils ist nicht identisch mit Bewiesenheit des Urteils, oft genügt das bloße Aufweisen des behaupteten Sachverhalts. Nicht jedes Urteil bedarf, um wahr zu sein, notwendig der Beweisführung, wohl aber beansprucht es, wahr zu sein, auch da, wo es keines Beweises bedürftig ist, weil es eines Beweises nicht fähig ist. Es ist das bei allen Erkenntnissen a priori der Fall, deren Tatsache in aller niaven Erfahrung aufzeigbar ist und auf wissenschaftlichem Gebiet außer Zweifel steht. Die Erkenntnis: grün liegt auf der Farbenskala zwischen gelb und blau läßt sich niemals beweisen und ist doch wahr. Alles, was als streng allgemein gültig und notwendig eingesehen wird, kann niemals aus erfahrbaren Einzeltatsachen entnommen werden.

Und letzten Endes geht die Forderung auf Wahrheit, die jedes Urteil stellt, nicht in erster Linie darauf, für wahr gehalten zu werden. Jedenfalls sind Urteile, deshalb, weil sie den Vorurteilen bestimmter Menschen oder den Urteilen der einschlägigen Wissenschaften nicht entsprechen, nicht ohne weiteres falsch. Auch ist die Widerspruchslosigkeit eines Urteils mit andern Urteilen weder identisch mit Wahrheit noch ein hinreichendes Kriterium für seine Wahrheit.

So lassen sich alle Einwände, die gegen die Phänomenologie und phänomenologische Methode erhoben worden sind, mit stichhaltigen und überzeugenden Gründen widerlegen.

Auch dadurch, daß sie keine Anerkennung durch Autoritäten erfährt, wird die Phänomenologie sich nicht abhalten lassen, weiter zu arbeiten. Eine in der Auseinandersetzung mit den Sachen verwurzelte, als richtig und sinngemäß erkannte Methode muß durchgeführt und angewandt werden, auch wenn sich ihr Schwierigkeiten entgegenstellen. Um so mehr, wenn sich ergeben sollte, daß diese Schwierigkeiten nur in vorgefaßten Standpunktsanschauungen begründet sind. Eine Methode kann richtig sein, auch wenn sie mit den bisher üblichen Methoden in Widerspruch steht. Wohin käme eine Wissenschaft, die eine andere als die richtige Methode einschlägt, nur weil ihre Ergebnisse, wenn sie richtig wären, leichter demjenigen beweisbar wären, der die Methode nicht zugeben will.

Eines dürften die Ausführungen deutlich ergeben, daß von der Phänomenologie her am wenigsten die Gefahr des Einbruchs einer spekulativen Denkrichtung droht. Wenn die Phänomenologie etwas zum Durchbruch brachte, dann das — man sollte glauben — eigentlich Selbstverständliche, daß jedes Forschungsgebiet seine eigene Forschungsweise fordert. Mit den Forschungswerkzeugen der Naturwissenschaft sind auf dem Gebiet des Seelischen keine Erkenntnisse über das Seelische und seine Eigenart zu gewinnen, weil eben die Seele nicht ein Naturding, ein Körper ist. Mit dieser Anerkenntnis ist nicht der Metaphysik die Tür geöffnet.

Die Encephalitiker-Abteilung der Heilanstalt Emmendingen.

Von S. Reck, Emmendingen.

Entsprechend den guten Erfahrungen, die *Heinicke* in Chemnitz-Altendorf mit der Gründung einer Encephalitiker-Zentrale im Jahre 1925 machte, wurde dank der Initiative des Medizinalreferenten am bad. Ministerium des Innern zu Beginn des Jahres 1927 auch in unserer Anstalt eine Sonderabteilung für chronische Encephalitiker bzw. für Kranke mit Folgeerscheinungen nach durchgemachter Encephalitis epidemica eingerichtet. Mit der ärztlichen Leitung wurde *L. Schneider* betraut, dessen Tätigkeit es gelungen ist, die Abteilung aus kleinen Anfängen heraus trotz entgegenstehender räumlicher und anderer Schwierigkeiten, die zum Teil auch heute noch bestehen, zu

rascher Entwickelung zu bringen. Die Abteilung verlor durch seine im Vorjahre erfolgte Versetzung in eine andere Anstalt einen eifrigen Förderer der Sache.

Sowohl auf der Männer- wie Frauenseite sind die Kranken so untergebracht, daß sie von den andern Anstaltsinsassen gesondert sind, und zwar in einander entsprechenden Räumen, die auf jeder Seite aus einem großen Schlafsaal mit 14 bzw. 15 Betten und aus 2 weiteren kleineren Zimmern mit je 2 und 4 Betten bestehen. Gerade auch die kleineren Zimmer sind für uns von unschätzbarem Wert, um einerseits unruhige, schlafgestörte oder unverträgliche Kranke von den andern trennen zu können, andererseits, um differenzierteren, empfindsameren Kranken je nach Bedarf die Möglichkeit zur erlaubten Absonderung zu geben. Infolge der auch heute noch nicht behobenen Raumnot mußte bisher der Korridor behelfsweise als Tagesraum benützt werden. Auf der Männerseite konnte dieser Nachteil dadurch etwas ausgeglichen werden, daß wir, genötigt durch die starke Aufwärtsbewegung der Männeraufnahmekurve, im Laufe des letzten Jahres trotz der allgemeinen Platznot 2 weitere Räume annektierten, um sie der Sonderabteilung für männliche Encephalitiker anzugliedern. Es war dadurch möglich, einen weiteren Schlafsaal mit 6 Betten und einen Tagesraum für ruhigere und soziale Kranke zu gewinnen und eine schon längst wünschenswerte Sonderung von ruhigen und unsozialen Patienten auch während des Tages innerhalb der Abteilung durchzuführen.

Während der Wachdienst auf beiden Geschlechtsseiten im Hinblick auf die Überwachungs- und Hilfsbedürftigkeit der Mehrzahl der Kranken tagsüber streng durchgeführt wird, haben wir ihn nachts bisher durch eine Wandelwache besorgen lassen, die sich allerdings vorwiegend auf der Encephalitiker-Abteilung aufzuhalten, nebenher aber doch auch noch sich auf andere Patienten des Hauses erstreckende Aufgaben durchzuführen hat. Es hat sich herausgestellt, daß diese Art der Bewachung in Anbetracht der sexuellen und gemütlichen Reizbarkeit mancher Kranker nicht zweckentsprechend ist. Eine ständige Nachtwache ist unbedingtes Erfordernis, mindestens für den größeren Teil der männlichen Kranken.

Seit den 2½ Jahren des Bestehens der Abteilung sind 66 Kranke aufgenommen worden, darunter 41 männliche und 25 weibliche; entlassen wurden 25 Patienten, darunter 15 männliche und 10 weibliche; gestorben sind auf jeder Seite 1 Patient, und zwar, wie gleich hier erwähnt werden kann, an interkurrenten Erkrankungen (1 Bronchopneumonie, 1 Carcinom der Trachea).

Im Gegensatz zu Chemnitz-Altendorf haben wir unter den aufzunehmenden Kranken eine Auswahl nicht getroffen, sondern allen Kranken ohne Rücksicht auf die Schwere oder Art ihres encephalitischen Prozesses Aufnahme gewährt. Bei der Ausnahmslosigkeit unseres Aufnahmeverfahrens kamen wir besonders auf der Männerabteilung bald ins Gedränge, da sich auffallenderweise immer mehr ein Übergewicht der männlichen Enzephalitiker in der Aufnahmeziffer herausbildete (1928: 12 Männer, 5 Frauen), der eine relativ geringe Entlassungsziffer (5 Männer, 6 Frauen) gegenübersteht. Die natürliche Folge war eine stetige Zunahme des männlichen Krankenstandes, der heute die Ziffer von 25 gegenüber der der weiblichen Patienten von 14 erreichte. Zur Zeit haben wir uns mit der Belegeziffer 39 vom höchsten Krankenstand mit 41 Patienten (April 1929) wieder etwas entfernt; die Männerabteilung ist seit einiger Zeit fast ständig an der Grenze der Aufnahmefähigkeit.

Die Kranken wurden zum Teil aus den andern badischen Heilanstalten hierher verlegt, zum Teil kamen sie unmittelbar aus der Familienpflege und wurden uns von Kliniken, Bezirks-, Fürsorge-, Krankenhausärzten usw. zugewiesen; einige wurden aus Fürsorgeerziehungsanstalten überwiesen, nachdem ihre Krankheit dort erkannt worden war; andere waren früher schon in Erziehungsanstalten untergebracht, ohne erkannt worden zu sein; ihre Zuführung erfolgte erst, nachdem entweder die Steigerung der Krankheitserscheinungen den Charakter der Krankheit enthüllt hatten bzw. einem ärztlichen Kenner aufgefallen war. Einen Teil der Fälle verdanken wir Prof. *Gregor-Flehingen*, der anläßlich seiner Beratungsbesuche in verschiedenen Landesteilen fürsorgebedürftige, zum Teil noch nicht behandelte Encephalitiker entdeckte.

Die Aufnahmen erfolgten stets im Rahmen des bad. Irrenfürsorgegesetzes. Wir trugen kein Bedenken, bei allen unseren chronischen Encephalitikern die Frage nach dem Vorliegen einer Geisteskrankheit zu bejahen. Wenn darüber zu Anfang Zweifel herrschten, so haben sich diese bald behoben, als man feststellen mußte, daß sich bei jedem unserer durchweg schwereren Fälle von chronischer Encephalitis seelische Störungen mehr minder großen Umfanges beobachten ließen, die als Geisteskrankheit im Sinne unseres Irrenfürsorgegesetzes aufgefaßt werden können. Wir denken hierbei an die fast immer vorhandene Reizbarkeit, an die Bradypsychie, an die Charakter- bzw. „Verhaltensänderungen", an die konkomitierenden, ausgesprochen psychotischen Bilder.

Unter den 39 Patienten unserer Abteilung befinden sich 6 Kinder

im Alter von 7—15 Jahren, darunter nur 1 Knabe, und 6 Jugendliche im Alter von 15—20 Jahren (nur männlich). Unsere Hilfsschule wurde seit Bestehen der Abteilung besucht von 5 männlichen Encephalitikern (nur 2 unter 15 Jahren) und 8 weiblichen Kindern. Das kindliche Element war also von Anfang an auf der weiblichen Seite ungleich stärker vertreten. Dies fand auch in der Krankheitsform deutlich seinen Ausdruck. Wenn schon auch bei den kindlichen Encephalitiden parkinsonistische Erscheinungen nicht fehlen, so sind sie doch verhältnismäßig selten und treten, wenn vorhanden, ganz in den Hintergrund gegenüber den teilweise recht schweren Verhaltensänderungen und „pseudopsychopathischen" Formen, die wir bei den Kindern nie vermissen.

Im übrigen trafen wir unter unserem Krankenmaterial in semiotischer Hinsicht die meisten der bekannt gewordenen Syndrome und unzählige Einzelerscheinungen aus der ungeheuer reichhaltigen Symptomatologie der chronischen Encephalitis. Zahlenmäßig bei weitem dominierend sind, insbesondere auf der Männerseite, die akinetisch-hypertonischen Myastatiker mit und ohne Tremor und mit der Erscheinung der praktisch wichtigen Kinesia paradoxa, aber auch den athetotisch-choreatischen Symptomenkomplex konnten wir bisher in 3 Fällen beobachten. (Dies letztere Form scheint uns übrigens hinsichtlich der Prognose günstiger zu stehen als die Akinesen; alle drei Kranke halten sich wieder außerhalb der Anstalt auf und waren wenigstens zeitweise arbeitsfähig). Wir sahen weiter sehr häufig die Parakinesen *Bostroems* (Nesteln, Kratzen, eigenartige Tanz- und Manegebewegungen), in einem Falle ausgesprochene torsionsdystonische Bewegungen, ferner in großem Umfange das Heer der chronischen Krampfzustände und sonstigen Krampfbewegungen, unter ihnen in erster Linie die Blickkrämpfe (19 von 66 Fällen = 29%), dann die Mundöffnungs-, Blinzel-, Gähn-, Atem-, Brüllkrämpfe und die merkwürdigen Störungen der Mund- und Zungenbewegungen. Unter den eigentümlichen, paroxysmell auftretenden, nach unseren Beobachtungen zeitlich überwiegend abends einsetzenden, oft leicht der Suggestion zugänglichen Blickkrampfphänomenen waren einige, die sich durch ihre Kombination mit anderen auffallenden Erscheinungen auszeichneten: In 1 Falle bestand neben dem Blickkrampf geradeaus ein ausgesprochener Konvergenzkrampf; 2 andere Fälle waren dadurch charakterisiert, daß regelmäßig mit den Blickkrämpfen zusammen stärkere Bewußtseinsänderungen bis zur Nichtansprechbarkeit vorhanden waren, bei beiden stellten sich schwere Angstzustände ein (übrigens auch bei dem vorherigen Einzelfall). Die eine der beiden

Patienten geriet regelmäßig schon praeparoxysmell in starkes Weinen, während der Paroxysmen oder praeparoxysmell mußte sie zwangsmäßig in iterierender Weise immer wieder dieselben sinnlosen Dinge aufsagen oder auch niederschreiben. Beim andern entstehen paroxysmell die schwersten Brüllanfälle, während der er nach seinen allerdings nur schwer zu erhaltenden Angaben unter optischen Halluzinationen leidet und unter dem immer wiederkehrenden Zwangsantrieb, einen andern zu ermorden.

Neben den eigentlichen Krampferscheinungen beobachteten wir anfallsweise auftretende (reaktiv und ohne ersichtlichen Anlaß), schwere Wutanfälle und nicht ungefährliche Dämmerzustände mit folgender Hypamnesie. Außerhalb dieser anfallsartigen, oft an epileptische Zwischenfälle erinnernden Vorgänge sahen wir nie eigentliche epileptische Krampfanfälle.

Im übrigen kamen häufig, wenn auch nicht allzuschwere Schlafstörungen vor und sonst zahlreiche Störungen des vegetativen Systems (Polydipsie und Polyurie, Salbenhaut, Hyperhidrosis, Speichelfluß). Die adiposo-genitale Fettsucht kam nur in 1 Falle zur Beobachtung, auf der anderen Seite ist starke Abmagerung häufiger zu sehen.

Die psychischen Begleiterscheinungen wurden zum Teil schon erwähnt; es sind vor allem die Verhaltensänderungen bei Kindern und Jugendlichen, die uns beschäftigen; bei Erwachsenen sind sie weit seltener zu sehen. Es sind die bekannten Zustände der „Drangunruhe", der oft exzessiven Unrast und Hemmungslosigkeit mit Stehl- und Lügensucht und allgemein hochgradig erschwerter Erziehbarkeit. Bei Kindern setzen die schweren Aufmerksamkeitsstörungen (Hypervigilität) den Erziehungsversuchen oft die größten Schwierigkeiten entgegen. Auf der anderen Seite fallen uns Fälle auf von allgemeiner schwerer Verlangsamung der psychischen Funktionen mit Verminderung der Regsamkeit und der bekannten Antriebsschwäche. Die Stimmungslage ist vorwiegend euphorisch-unbekümmert, sorgenlos; wenige Kranke zeigen mehr depressive Grundstimmung und gelegentlich — weniger habituell als periodisch bzw. anfallsartig — Neigung zu Suicidversuchen. Auch förmliche Psychosen, katatonie- bzw. schizophrenieähnliche Bilder sind zu erwähnen. Ganz allgemein tritt auf unseren Abteilungen, besonders bei den jugendlichen männlichen Encephalitikern, das Moment starker Reizbarkeit, die sich in vielen Konflikten und Tätlichkeiten äußert, hervor, dann aber in auffallender Weise die übermäßig, oft hochgradig gesteigerte sexuelle Erregbarkeit, die immer wieder zu Versuchen mutueller Masturbation, päderastischer Akte und dergl. führt. Ausgenommen davon sind auch nicht

bettlägerige, sonst weitgehend hilflose Parkinsonisten, und auch ein Teil der weiblichen Kinder und Jugendlichen muß im Hinblick auf ihre erhöhte sexuelle Bereitschaft als besonders überwachungsbedürftig gelten.

Grobe Intelligenzstörungen konnten wir auch bei unserem Material kaum beobachten. In 1 Falle, der deshalb als atypisch angesehen werden muß, haben wir wegen des mit schweren Charakterstörungen verbundenen, erheblichen organischen Schwachsinns die Aufhebung der geistigen Gemeinschaft im Sinne des § 1569 BGB. bejahen zu müssen geglaubt. Nach *Stern* ist ein ähnlicher Fall erst einmal beschrieben. Nach der Auffassung dieses hervorragenden Encephalitisforschers dürften die Voraussetzungen des § 1569 BGB. sonst bei der chronischen Encephalitis nur in den seltensten Fällen gegeben sein.

Weitaus die meisten unserer Kranken müssen den Beginn ihres Leidens auf die große Epidemie des Jahres 1920 zurückführen. Der älteste Fall ist ein Myastatiker, bei dem wir nach sorgfältigster Prüfung aller Umstände zu dem Ergebnis kamen, daß seine Krankheit mit einer verwaschenen toxisch-nervösen Grippe im Oktober 1918 während der Ableistung des Heeresdienstes begann und über ein langes, durch wertvolle Zeugenaussagen erwiesenes „pseudoneurasthenisches" Stadium von über 8 Jahren hinweg erst im Jahre 1927 zu manifestem Ausbruch kam; wir haben demgemäß KDB. bejaht. Der jüngste Fall datiert aus dem Jahre 1926.

Der Verlauf ist in den meisten Fällen chronisch progredient, manchmal sind deutliche Schübe zu erkennen (oft mit Fieberattacken, zentralen Schmerzen verbunden); bei manchen Myastatikern tauchen nach jahrelangem Stillstand plötzlich neue Symptome auf, andere verschwinden wieder. Die klinische Erfahrung bestätigt durchaus die pathologische Auffassung (*Jakob*, *Pette*), in den Spätstadien der Encephalitis liege keine Narbe, kein Endstadium vor, sondern ein Prozeß, der fortschreite (zit. nach *Steiner*).

Bezüglich der Behandlung in medikamentöser Hinsicht ist in erster Linie das Hyoscin zu nennen, mit dem wir weitaus die besten symptomatischen Erfolge verzeichnen können. Die Anwendungsweise ist ähnlich der von *Kürbitz* angegebenen; das Mittel bewährt sich besonders in der Bekämpfung nicht nur des Zitterns und des Speichelflusses, sondern auch der Blickkrämpfe.

Mit Atropin und Bellafolin haben wir auch nicht annähernd ähnliche Erfolge erzielt. Auch den Arsenpräparaten (Natrium kakodylicum) messen wir Bedeutung nur hinsichtlich des günstigen Einflusses auf das Allgemeinbefinden bei.

Neuerdings wurde auch versucht, mit dem Alkaloid Harmin auf die myastatischen Zustände einzuwirken. Die Ergebnisse waren bisher nur teilweise befriedigend. Vielfach klagten die Patienten über unangenehme Nachwirkungen (innere Unruhe, Schwindelgefühle, vermehrtes Zittern). Die durch das Medikament erzielte passagere motorische Erleichterung wurde von den Kranken demgegenüber gering veranschlagt. In 1 Falle, bei einem schwergeschädigten Myastatiker mit temporären Kaustörungen, konnte allerdings durch häufigere Verabreichung des Mittels (0,2 subcutan) die Kaufähigkeit jeweils so wiederhergestellt werden, daß der Patient vor jeder großen Mahlzeit nach dem Medikament verlangte.

Einige Kranke erklärten teils spontan, teils auf Befragen, nach dem Genuß von Zigaretten ein Nachlassen des Zitterns für 10—20 Minuten feststellen zu können; wir konnten dies auch objektiv bestätigt finden.

Besonderes Augenmerk richteten wir auf die Beköstigung der Patienten, insbesondere derjenigen Myastatiker, die offenbar unter dem Einfluß schwerer Stoffwechselstörungen zu auffallender Macies neigen. Es bedarf kaum besonderer Erwähnung, daß im Hinblick auf die Kau- und Schluckstörungen mancher Parkinsonisten die zahnärztliche Besorgung von großer Wichtigkeit ist.

Bei entsprechenden Fällen leichterer und mittelschwerer Myastase wurde Massage mit teilweise gutem Erfolg angewandt; auch die Übungstherapie in Form von regelmäßigen Turn- und Freiübungen, in Form besonderer Spiele und überhaupt körperlicher Beschäftigung, wobei Überanstrengung streng vermieden wird, zeitigte zum Teil erfreuliche Ergebnisse. Unter den vielerlei Spielen, mit denen stets eine gewisse Übungstherapie verknüpft sein soll, möchten wir das Kegelspiel hervorheben, das sich vor allem auf der Männerseite größter Beliebtheit erfreut, ein Umstand, den wir in therapeutischer Hinsicht auszunützen ständig bestrebt sind.

Wenn von *Heinicke* und *Kürbitz* der heilpädagogischen Einwirkung auf pseudopsychopathische und andere encephalitische Kinder und Jugendliche besonderes Gewicht beigemessen wird, so können wir dies nach unseren bisherigen Erfahrungen nur bestätigen. Die schulische Unterrichtung der Kinder, durch den Anstaltsmusiklehrer in regelmäßigen Unterrichtsstunden nach der „Arbeitsmethode" ausgeübt — zeitweise in dreiteiliger Stufung —, ist nicht nur in intellektueller, sondern auch in erzieherischer Hinsicht äußerst wertvoll. Bei der Mehrzahl der Kinder, die den Unterricht mit Freude besuchen, sind wirkliche Fortschrittte erzielt worden; einige davon konnten als

teilweise gebessert nach Hause entlassen werden. Das Ausbleiben jeden Erfolges konnte in keinem Falle festgestellt werden. Der geringste Effekt wurde bisher bei einem jetzt 7jährigen encephalitischen Knaben erreicht.

Auch bei Erwachsenen ist eine ständige psychotherapeutische Beeinflussung erforderlich und durch das Anstaltsmilieu ja auch meist an sich schon gegeben. Hier erwachsen besonders dem Pflegepersonal, soweit es ungeschult ist, große Schwierigkeiten. Ist die Pflege der hilfsbedürftigen, mit schweren Geh-, Kau- und Schluckstörungen behafteten, vorgeschrittenen Myastatiker schon eine Aufgabe, die vom Pfleger Geduld, Hingabe und Verständnis in reichem Maße erfordert, so ist dies noch weit mehr der Fall bei dem „pseudopsychopathischen" Verhalten der Jugendlichen und Kinder und bei den gewiß merkwürdigen Erscheinungen der Kinesia paradoxa, für die oft auch dem erfahreneren Personal das volle Verständnis fehlt. Im allgemeinen machten wir aus begreiflichen Gründen die Erfahrung, daß das weibliche Pflegepersonal seinen Aufgaben besser gewachsen war als das männliche.

Während bei den kindlichen Encephalitiden, zumal bei den nicht bewegungsgestörten Pseudo-Psychopathen, ein gewisser prognostischer Optimismus sicher berechtigt ist, ist Skeptizismus, ja Pessimismus bei der Myastase der Erwachsenen vielfach angebracht. Unter unseren schwereren Myastatikern sahen wir nur eine erhebliche Besserung. Es ist dies ein 25jähriger junger Mann mit vielgestaltigem Symptomenbild, der äußerst aktiv und energisch Übungstherapie trieb und u. a. nach seiner Angabe die bei ihm bestehende Sprachstörung dadurch nahezu beseitigte, daß er wie Demosthenes Kieselsteine in den Mund genommen und hartnäckig Sprachübungen gemacht habe. Sonst haben wir als therapeutischen Erfolg meist nur vorübergehende Besserungen oder einen Stillstand der Krankheit beobachtet, die wir allerdings in vielen Fällen allein auf die Behandlung zurückführen mußten.

Wie wichtig und zugleich richtig diese Erfahrung ist, geht aus mehreren Beobachtungen hervor, in denen vorübergehend beurlaubte Myastatiker schwereren und mittleren Grades trotz genauer Verhaltensvorschriften und günstiger häuslicher Verhältnisse in heruntergekommenem, verwahrlostem, gebrechlich-hilflosem Zustande in die Anstalt zurückkamen. Man wird deshalb trotz der infausten Prognose eines Teils der vorgeschrittenen Myastasen auch beim chronischen Encephalitiker eine energische Behandlung fordern müssen.

Darüber hinaus ist, wie *Heinicke* und *Stern*, neuerdings auch wieder *Kürbitz* betonen, die Zentralisierung der chronischen Ence-

phalitiker, Myastasen wie „Pseudopsychopathieen" mit möglichst langer und intensiver Behandlung zu erstreben. Nur auf diesem Wege wird die zweckmäßigste und beste Versorgung der Encephalitiker erzielt.

Die Forderung der so gestalteten Asylierung der Encephalitiker muß insbesondere in Berücksichtigung des Umstandes gestellt werden, daß nur ein erfahrenes, ständiges Pflegepersonal den Anforderungen genügen kann, die die Pflege der oft so außerordentlich schwierigen und unträtablen Kranken an die damit Betrauten stellt.

Aus dem Faktum, daß die Encephalitiker-Abteilung einer Heilanstalt angegliedert ist, erwuchsen uns bisher keinerlei Nachteile. Weder seitens der Kranken noch ihrer Angehörigen wurde in dieser Hinsicht etwas beanstandet.

Die Heilanstalt ist sehr wohl berufen, in der Encephalitiker-Fürsorge eine führende Stellung im dargelegten Sinne einzunehmen, wenn nur zwei Voraussetzungen erfüllt sind: Die strenge Sonderung der Encephalitis-Kranken von den Geisteskranken sensu strictiori und die Gewinnung geeigneter Kräfte zur Durchführung der heilpädagogischen Behandlung.

Literaturverzeichnis.

Heinicke: „Zur Frage der Encephalitiker-Fürsorge". Psychiatr.-Neurol. Wochenschrift 99 (1925).

Heinicke: „Die epidemische Gehirnentzündung (Encephalitis epidemia seu lethargica). Psychiatr.-Neurol. Wochenschr. 253 (1926).

Kürbitz: „Therapeutische Erfahrungen bei chronischen Encephalitikern" A. Z. f. Psychiatrie 89, 390.

Steiner: „Was lehrt uns die Encephalitis lethargica?" Jahreskurse ärztl. Fortbildung 1927, Mai.

Stern F.: „Die epidemische Encephalitis". Springer, Berlin (1928).

Stern F.: „Encephalitis epidemica". Fortschr. d. Neurol. und Psychiatrie Mai 1929.

„Pernocton", ein neues injizierbares Schlaf- und Beruhigungsmittel — seine Anwendung bei erregten Geisteskranken.

Von **Siegfried Reck** und Dr. **Hans Haack**-Emmendingen.

1927 brachte die J. D. Riedel A.-G. ein neues Schlafmittel heraus, das chemisch dem Noctal nahesteht und sich von diesem nur durch

ein Mehr von CH_2 unterscheidet. Wir hatten Gelegenheit, an unserem Krankenmaterial das Pernocton, das uns in dankenswerter Weise von der herstellenden Firma J. D. Riedel-E. de Haën A.-G. zur Verfügung gestellt wurde, zu erproben. Angewandt haben wir es bei Erregungszuständen verschiedenster Ätiologie, fast ausschließlich intravenös und ohne es mit anderen Arzneimitteln zu kombinieren.

Fall 1. B. B. 58 Jahre, Involutionspsychose, jammert ständig vor sich hin, Tag und Nacht unruhig, geht außer Bett. Erste Injektion 0,4 g Pernocton intravenös. Schlief während der Injektion ein, ließ sich nicht mehr wecken. Pupillarreflexe stark abgeschwächt, sonst Reflexe o. B. In den ersten Sekunden nach der Injektion geringe Kloni der Hand- und Armflexoren, schlief ununterbrochen 7 Stunden, war dann kurze Zeit laut, bekam 3 g Paraldehyd, schlief dann bis morgens. Tagsüber stets laut. Die Injektionen wurden verschiedentlich wiederholt, der Erfolg war stets gleich, Schlafdauer betrug durchschnittlich 7 Stunden. Injiziert wurde immer die gleiche Menge von 0,4 g. Die gleiche Menge intramuskulär injiziert hatte nur einen Schlaf von 1 1/4 Stunde zur Folge. Der Versuch, einen Pernocton-Dauerschlaf zu erzielen (dreimal täglich Injektion von 0,4 g intramuskulär), mußte trotz des Erfolges aufgegeben werden, da die Kranke im tiefen Schlafe das Bett einnäßte.

Fall 2. W. H., 26 Jahre, Schizophrenie mit schwersten periodischen Erregungszuständen, die jeweils 14 Tage dauern. Während dieser Zeit ist die Kranke sehr laut, geht viel außer Bett. Erste Injektion 0,5 g intravenös. Die Kranke schlug um sich, wälzte sich im Bett, kurze Zeit darauf schlief sie ein. Pupillenreaktion prompt, Schlafdauer 5 Stunden, danach wieder laut. Zweite Injektion 16^{45} Uhr, schlief sofort ein bis zum nächsten Morgen. Dritte Injektion 18^{20} Uhr ebenfalls 0,5 g intravenös, Pupillenreaktion prompt, reagierte auf die Prüfung mit Augenzwinkern und Auflachen, sprach und lachte vor sich hin bis 19 Uhr, schlief dann bis morgens. Bei den folgenden Injektionen konnte die Kranke noch einige Zeit sprechen, sie konnte sogar einmal allein ihr Bett aufsuchen, schlief dann kurze Zeit darauf ein. Auch bei dieser Kranken traten im Anschluß an die Injektionen klonische Zuckungen in der Extremitätenmuskulatur auf.

Fall 3. N. P., 45 Jahre, manisch-depressives Irresein, schwere manische Erregung. Die Kranke war dauernd unruhig, mußte meist isoliert werden, zerriß Hemd und Polster, klopfte an die Tür. Erste Injektion 0,4 g intravenös. Einschlafen während der Injektion, fibrilläre Zuckungen in der Muskulatur der oberen Extremitäten, kleine Kloni der Handbeuger, Pupillenreaktion träge, schlief 4 1/2 Stunde laut, schlief abermals 7 Stunden. Bei den folgenden Injektionen Schlafdauer ebenfalls durchschnittlich 4 Stunden. Auffallend war, daß die Kranke nach dem Erwachen oftmals nicht mehr lärmte im Gegensatz zu der Zeit vor der Pernocton-Behandlung. Obwohl die Kranke motorisch sehr unruhig war, ließ sie sich stets ohne Widerstand injizieren, sprach wohl vor sich hin, hielt aber stets still.

Fall 4. H. J., 31 Jahre, Katatonie, besonders nachts sehr störend, schreit plötzlich auf, springt im Bett auf, wiegt den Oberkörper auf und nieder, schreit und schimpft vor sich hin. Injektion von 0,5 g intravenös, sofortiges Einschlafen, klonische Zuckungen in den oberen und unteren

Extremitäten, erloschene Patellarreflexe. Schlafdauer 5 Stunden. Wiederholung der Injektion hatte das gleiche Ergebnis.

Fall 5. H. A., 29 Jahre, Epilepsie, schwerer Erregungszustand. Injektion von 0,8 g Pernocton intravenös. Vor der Injektion tobte die Kranke, mußte von mehreren Pflegerinnen gehalten werden, wehrte sich mit aller Gewalt gegen ihre Verlegung in ein anderes Haus, schrie und schimpfte unausgesetzt. Nach der Injektion weiteres Schimpfen, motorisch sichtlich gehemmt, versucht Scheiben zu schlagen, bringt aber nicht einmal dazu die Kraft auf, schlief auf die Injektion nicht.

Fall 6. W. P., 33 Jahre, Katatonie traumatischen Ursprungs. Sehr gefährlicher Kranker, der wiederholt gewalttätig wurde und über erstaunliche Körperkräfte verfügte. Wegen seiner Gefährlichkeit Verlegung in eine Sonderabteilung einer anderen Anstalt. Zur einfacheren Abwicklung des Transportes Injektion von 14,5 cm^3 Pernocton intravenös. Körpergewicht ca. 90 kg. Sofort nach der Injektion tiefer Schlaf, Atmung tief, verlangsamt, Puls unverändert. Ist während des mehrstündigen Transportes nicht erwacht.

Fall 7. W. M., 46 Jahre, Paraphrenie, Kranker, der seiner Gefährlichkeit wegen in die Sonderabteilung einer anderen Anstalt verlegt werden mußte. Zum Transport 0,8 g Pernocton intravenös. Nach kurzer Zeit Schlafeintritt. Erwachen auf dem Transport nach 3 Stunden, jedoch motorisch so gehemmt, daß er sich kaum bewegen kann, Transport ohne Schwierigkeiten.

Fall 8. W. L., 33 Jahre, Schizophrenie, langdauernde Erregungszustände, springt außer Bett, kann plötzlich gewalttätig werden, zerreißt Hemd und Bettzeug. Reißt ihren Verband, von einer Kopfverletzung herrührend, herunter. Injektion von 0,5 Pernocton, klonische Zuckungen der beiden oberen und rechten unteren Extremitäten. Pupillenreaktion prompt, Schlafdauer 11 Stunden, nächste Injektion 0,3 g intravenös und 0,2 g intramuskulär, schlief darauf wenig, riß wiederholt den Verband weg.

Fall 9. F. E., 20 Jahre, katatone Erregungszustände, springt plötzlich aus dem Bett, schlägt einer anderen Kranken ins Gesicht, sehr unruhig, laut, erhält 0,4 g Pernocton intravenös. Auch während der Injektion sehr laut, erbrach, Kloni an den oberen und unteren Extremitäten, Pupillenreaktion gut, Schlafdauer 9 Stunden.

Fall 10. K. A., 27 Jahre, Dem. paranoides, schwere Erregungszustände, sehr gewalttätig, springt plötzlich aus dem Bett, muß häufig isoliert werden. Injektion von 0,5 g intravenös, sprach während der Injektion leise vor sich hin, schlief dann gleich ein, leichte Kloni der rechten Armmuskulatur, Pupillenreaktion prompt, schlief etwas über 6 Stunden, bekam dann 0,3 g Paraldehyd, schlief abermals 6 Stunden, Wiederholung der Injektion hatte stets den gleichen Erfolg.

Fall 11. K. A., 29 Jahre, katatone Erregung, fängt plötzlich an zu schreien, wird sehr erregt, unrein, 0,4 g Pernocton intravenös, war während der Injektion unruhig, schlief bald ein, Pupillenreaktion o. B., Puls beschleunigt, Schlafdauer 9 Stunden. Nach dem Erwachen 3 g Paraldehyd, danach mit Unterbrechung wieder einige Stunden Schlaf. Kurz nach der Injektion Zuckungen der Unterkiefermuskulatur.

Fall 12. Sch. A., 59 Jahre, präsenile Melancholie, psychomotorische Unruhe, geht oft außer Bett, rüttelt an den Türen, verlangt fort, jammert

zeitweise laut vor sich hin, störend trotz 4,0 Paraldehyd. 0,5 g Pernocton intravenös, fibrilläre Zuckungen der Gesichtsmuskulatur, Pupillenreaktion abgeschwächt, Kloni der Handbeuger, Injektion wurde 16^{45} Uhr vorgenommen, schlief bis zum nächsten Morgen. Wiederholung der Injektion hatte den gleichen Erfolg.

Fall 13. W. F., 25 Jahre, Katatonie, periodische Erregungen, die Wochen bis Monate andauern, große motorische Unruhe. Injektion von 0,45 g Pernocton intravenös, sprach dauernd während der Injektion, ging bis zur Tür des Untersuchungszimmers, mußte dann ins Bett getragen werden, ging aber gleich wieder heraus, räumte das Bett aus und kniete am Boden, schlief 7 Stunden, mußte dann isoliert werden, war laut. Einige Tage später 0,4 g Pernocton, Schlafdauer nur $^1/_2$ Stunde.

Fall 14. R. F., 53 Jahre, manisch-depressives Irresein, Erregungen von 3—4 Monate Dauer. 0,5 g Pernocton intravenös, wehrte sich gegen die Injektion, schlief aber gleich ein, klonische Zuckungen an Armen und Beinen, schlief die ganze Nacht. Am folgenden Tage Wiederholung der Injektion. Sofort bedrohlicher Zustand, Atemstillstand, Puls klein, beschleunigt. Nach kurzer Zeit tiefe schnarchende Atmung, Schlafdauer 6 Stunden. Einige Tage später wiederum 0,5 g intravenös, ebenfalls Asphyxie, Erbrechen. Sofort 0,03 Lobelin, Schlafdauer 7 Stunden. Beide Male nach dem Erwachen keine Beschwerden, subjektives Wohlbefinden, will sich gern wieder injizieren lassen.

Fall 15. D. E., 49 Jahre, Katatonie, schwere periodische Erregungszustände von mehrwöchiger Dauer. 0,5 g Pernocton i. m. 18^{00} Uhr. Schläft erst 3 Stunden später ein. Nach $3^1/_2$ Stunden Erwachen. 1 Stunde darauf wieder große Erregung bis zum Morgen. Am nächsten Tag dauernd in schwerer Erregung. 18^{30} wiederum 0,5 g Pernocton i. v. Während der Injektion Einschlafen. Keinerlei Zuckungen. Schlafdauer mit kurzer Unterbrechung bis 3 Uhr (beinahe doppelte Schlafdauer wie bei der i. m. Injektion).

Wir haben bei 15 Kranken über 100 Injektionen vorgenommen; dabei bedienten wir uns regelmäßig der intravenösen Anwendungsmethode. Bei 2 von den angeführten Fällen wurde außerdem intramuskulär injiziert. In fast allen Fällen handelte es sich um sehr unruhige chronisch erregte Kranke. Die Art des Materials brachte es mit sich, daß die Injektionen oft mit Schwierigkeiten verbunden waren und in kürzerer Zeit erfolgen mußten, als es wünschenswert gewesen wäre. Die Zeitdauer der Injektion schwankte dementsprechend von 1—5 Minuten. Es kam immerhin vor, daß bei einzelnen besonders ablehnenden unruhigen Kranken die Kanüle aus der Vene glitt und die durch Aspiration mit Blut vermischte Pernoctonmenge in die Cubitalvene des andern Armes injiziert werden mußte. Dabei kam es nie zur Bildung von Fibrinflöckchen. Auffallend war, daß manche von den erregten Kranken nach der intravenösen Injektion bei den folgenden Einspritzungen verhältnismäßig wenig widerstrebten. Bei einigen unserer Patienten beobachteten wir, daß sie trotz stürmischer

Erregungen, die sich in lautem Lärmen, Schimpfen oder Lachen äußerten, sich während der Injektion motorisch durchaus ruhig verhielten, so daß die Zeitdauer der Injektion protrahiert werden konnte. Bei diesen Kranken hatten wir den bestimmten Eindruck, daß sie sich das Hypnotikum gern injizieren ließen.

Mit zwei Ausnahmen (Fall 6 und 7, Transporte zweier gefährlicher Kranken) wurden nur Frauen mit Pernocton behandelt.

Bei den beiden männlichen Kranken und im Fall 5 wurde die übliche Dosierung beträchtlich überschritten, ohne daß toxische Wirkungen auftraten. In Fall 5, akuter epileptischer Erregungszustand, konnte trotz der hohen Dosis keine Schlafwirkung erzielt werden. Das Ausbleiben der Schlafwirkung blieb auf diesen Einzelfall beschränkt. Die durchschnittliche Einzelgabe betrug 0,4 — 0,6 g = 4,0 — 6,0 cm^3. Im Falle W. P. (Fall 6) gingen wir sogar bis zu der erstaunlichen Injektionsmenge von 14,5 cm^3 und sahen weder schädliche Neben- noch Nachwirkungen.

In der Regel trat der Schlaf während bzw. gegen Ende der Injektion ein, oftmals unter lebhaftem Gähnen. In den vereinzelten Fällen, in denen der Schlaf zunächst ausblieb, setzte er wenige Minuten, einmal erst 40 Minuten später ein. Der Puls war fast immer unverändert. Selbst bei Kranken mit geschwächtem Kreislauf sahen wir keine Störungen. Die Pupillenreaktion war einige Male abgeschwächt, in den andern Fällen blieb sie normal. Die Sehnenreflexe waren im übrigen normal auslösbar, ausgenommen Fall 4, in dem die Patellarsehnenreflexe erloschen waren. Bemerkenswerterweise fanden wir in nahezu allen Fällen am Ende der Injektion und kurz nachher vorübergehende, in der Intensität wechselnde, klonische Zuckungen der Extremitätenmuskulatur, ganz vereinzelt auch der Gesichtsmuskulatur. Die Kloni waren nach unseren Erfahrungen um so stärker, je rascher die Injektionen vorgenommen werden mußten. Bei langsamer Injektion waren die Kloni nur noch andeutungsweise (fibrilläre Zuckungen) festzustellen. Ihr Vorhandensein wäre uns wohl entgangen, wenn wir nicht beim Beginn unserer Versuche auf dieses Phänomen aufmerksam geworden wären. Nur einmal erlebten wir, bei der Wiederholung der Injektion bei einer manisch-erregten Kranken einen Kollapszustand mit Asphyxie, der sich danach noch einmal wiederholte. Nach Abschluß unserer Versuchsreihe besteht für uns die hohe Wahrscheinlichkeit, daß diese Komplikation auf zu rasches Injizieren zurückzuführen war.

Die durchschnittliche Schlafdauer betrug ca. 7 Stunden. Die unterste Grenze war in einem Fall nur ½ Stunde. Manche der Kranken

blieben nach dem Erwachen aus mehrstündigem Schlaf noch längere Zeit (bis zu mehreren Stunden) ruhig. Mehrmals wurde eine Dauer von 9—12 Stunden erreicht. Bei i. m. Applikation war nach unseren Beobachtungen die Schlafdauer erheblich kürzer bei gleicher Dosis. Es ist anzunehmen, daß die Verkürzung der Schlafdauer darauf beruht, daß die Resorption zunächst eine gewisse Zeit in Anspruch nimmt, inzwischen aber schon der Abbau, der rasch vor sich zu gehen scheint, einsetzt.

Die Schlaftiefe war bei i. v. Darreichung stets groß, die Kranken waren kaum erweckbar und reagierten auf Kneifen und Nadelstiche nur mit Abwehrbewegungen im Gegensatz zu den *Mehner*schen Erfahrungen (Z. f. ges. Neurol. u. Psych. 1927 S. 148). Trotzdem wir gezwungen waren, unsere Kranken in den meisten Fällen im abseits liegenden Untersuchungszimmer zu behandeln und nach der Injektion in den Schlafraum zurücktransportieren zu lassen, erlebten wir es nie, daß eine Kranke bei dem Zurückverbringen aufwachte. Kennzeichnend für die Tiefe des Schlafes ist die beobachtete völlige Entspannung der Muskulatur, wie sie sonst nur in tiefer Narkose erreicht wird.

Das Erwachen aus dem Pernoctonschlaf unterscheidet sich in keiner Weise von dem aus physiologischem Schlaf. Die Kranken waren immer frisch und hatten nichts zu klagen. Unter unserem Material befanden sich zwei manische und eine katatone Kranke, die während der Behandlung in die ruhige Phase übergingen und imstande waren, klar und vernünftig Auskunft zu geben. Sie schilderten übereinstimmend sehr anschaulich den angenehmen Eintritt des Schlafes und das Fehlen jeglicher unangenehmer Sensationen während des Schlafes und nach dem Aufwachen. Kopfdruck, Benommenheit u. dgl. wurden auf ausdrückliches Befragen jeweils durchaus in Abrede gestellt.

Pernocton gehört in die große Gruppe der Barbitursäurederivate, ist den gebräuchlichsten wie Veronal, Medinal, Luminal und Somnifen jedoch überlegen. Die drei erstgenannten Medikamente neigen dazu zu kumulieren. Luminal erzeugt außerdem zumal nach längerer Anwendung zuweilen Dermatitiden und Exantheme. Somnifen erweist sich in seiner Wirkung dem Pernocton am ähnlichsten und wird hauptsächlich für die Dauerschlafbehandlung verwandt, jedoch ist es seiner großen Giftigkeit wegen nur mit größter Vorsicht anzuwenden. Es führt fast immer zu Temperatursteigerungen, häufig auch zu Oligurie und Erbrechen. Oft muß der Somnifendauerschlaf wegen Nahrungsverweigerung der behandelten Kranken abgebrochen werden (*Oberholzer*). Die größte Gefahr besteht im Vasomotorenkollaps. Versuche,

mit Luminal Dauerschlaf zu erzeugen, führen ebenfalls öfters zu Erbrechen, und oft gelingt es überhaupt nicht, Dauerschlaf mit Luminal allein zu erzielen. Beim Pernocton sind alle obengenannten Komplikationen nicht zu erwarten. Es führt nicht zu Exanthemen, schädigt den Kreislauf nicht und kann deshalb u. a. auch unbedenklich bei kreislaufgeschwächten, älteren Individuen injiziert werden.

Bei unserer Dauerschlafbehandlung kam es nie zu einer den Appetit beeinträchtigenden Wirkung. Die Kranke wurde geweckt, aß, schlief sofort wieder ein. Ein Dauererfolg wurde allerdings durch die Behandlung nicht erzielt. Als einzige Reizerscheinung bei der intravenösen Injektion haben wir bei ihrer raschen Durchführung das Auftreten von klonischen Zuckungen der Extremitätenmuskulatur gesehen. Im Hinblick auf diese Beobachtung liegt die Vermutung nahe, daß die Angriffstelle des Pernoctons in der Hirnrinde liegt. Praktisch haben sie sich als passager und harmlos erwiesen. Die vom Hersteller J. D. Riedel-E. de Haën A.-G. herausgegebenen Vorschriften zur langsamen Injektion sind demnach zweckmäßig einzuhalten. Zu erwähnen wäre noch, daß in keinem Fall eine Gewöhnung eintrat, eine Beobachtung, die auch *Rosinger* machte.

Wir besitzen in Pernocton ein Schlafmittel, dessen Wert besonders darin liegt, daß durch die intravenöse Applikation sofortiger Schlaf erreicht wird. Die Vorzüge liegen in seiner guten Verträglichkeit, in dem Fehlen von Nebenwirkungen, vor allem von unangenehmen Nachwirkungen und der Erzielung intensiven Schlafes. Besonders bewährt hat sich uns das Pernocton bei dem Transport zweier sehr schwieriger und gefährlicher Geisteskranker.

Körperbauuntersuchungen an Epileptikern.

Von Dr. O. **Schretzmann** in Emmendingen.

In der Heil- und Pflegeanstalt Emmendingen ist auf einer besonderen Epileptiker-Abteilung ein relativ reiches Material von epileptischen Kranken vorhanden. Dieses gab den Anreiz, die Kranken auf ihren Körperbau-Typus hin zu untersuchen und zu fragen, ob den verschiedenen Epilepsien etwa in ähnlicher Weise Affinitäten zu gewissen Körperbautypen innewohnen, wie *Kretschmer* sie für den manisch-depressiven und den schizophrenen Formenkreis dargetan hat. Außerdem sollte Material zu einer Charakterisierung der bei

Epileptikern an sich üblichen somatischen Konstitutionen gewonnen werden.

Das zur Verfügung stehende Material umfaßt insgesamt 54 anfallskranke Männer. Darunter befinden sich genuine und symptomatische Epileptiker. Eine Untersuchungsreihe, die Aufschluß über das Verhalten der Epilepsie s. str. erzielen will, muß natürlich von reinen Fällen der genuinen Epilepsie ausgehen. Diese Diagnose konnte per exclusionem bei 30 unserer Probanden gestellt werden; diese Zahl erscheint uns zur Gewinnung von Durchschnittswerten zu klein. Wir haben deshalb die 54—30 = 24 symptomatischen Epilepsien daraufhin durchgesehen, ob sich eine Anzahl von ihnen noch ohne Zwang und ohne die Gefahr der Materialfälschung den genuinen Fällen zuzählen läßt. Unter den 24 Restfällen sind zwei, bei denen zu einer ursprünglich unkomplizierten genuinen Epilepsie Symptome anderer Psychosen (Hysterie und Katatonie) später hinzutraten. Wir halten uns daher für berechtigt, die beiden Fälle hier zu den 30 genuinen Epilepsien hinzuzurechnen. Bei zwei andern Restfällen kamen umgekehrt organische Anfälle im Verlauf einer Psychose (Katatonie, präsenile Psychose) hinzu. Diese beiden Fälle scheiden daher hier aus. Zehn von den nicht-genuinen Epilepsien gehören zur sog. traumatischen Epilepsie. Bei vier davon schloß sich der Ausbruch der Anfälle rasch an das Trauma an. Wir stellen sie daher in Gegensatz zu den Standardfällen der genuinen Epilepsie. In sechs Fällen von traumatischer Epilepsie liegt zwischen dem Trauma und dem ersten Auftreten der Anfälle ein Zeitraum von maximal 15 Jahren, minimal drei Jahren. Bei dem Fall mit 15 Jahren Abstand ist das Trauma nur fraglich; deshalb und nach dem gesamten klinischen Verlauf des Falles halten wir uns für berechtigt, ihn bei den genuinen Fällen zu verarbeiten.

Zusammenfassend rubrizieren wir also von zehn Fällen der traumatischen Epilepsie neun bei dieser Erkrankung und übernehmen einen aus bestimmten Gründen in die Gruppe der idiopathischen Epilepsie.

In vier weiteren Fällen handelt es sich um wieder andere Formen der symptomatischen Epilepsie, nämlich um solche, bei denen wir eine im frühen Kindesalter dem später epileptisch reagierenden Gehirn gesetzte Schädigung nachweisen konnten.

Ein Fall ist unter Mithilfe der Zange geboren worden. Wir verarbeiten ihn trotzdem bei der genuinen Epilepsie, weil neurologische Herdsymptome sich nicht fanden, und weil er mit Epilepsie in der Aszendenz stark belastet ist. Außerdem traten die Anfälle erst mit der Pubertät in Erscheinung.

In drei Fällen der Untergruppe: Schädigung in der Jugend,

handelt es sich um entzündliche Prozesse am Gehirn und seinen Häuten; zwei haben Hemiparesen davon behalten, der dritte eine Schwerhörigkeit. Wir rechnen alle drei Fälle unter die symptomatische Epilepsie, zumal bei allen die Anfälle sich an den zentralen Krankheitsprozeß unmittelbar anschlossen und erbliche Belastung fehlt.

Endlich verfügen wir noch über fünf Fälle, in denen sich die Epilepsie auf der Grundlage eines angeborenen Schwachsinns aufbaut. Zwei Fälle weisen hohe Grade von Schwachsinn auf; die Patienten waren nicht einschulungsfähig; die Anfälle gehen bis auf die frühe Kindheit zurück. Man kann daher der Annahme nicht aus dem Wege gehen, daß die gleiche Ursache für die Entwicklungshemmung, die zum Schwachsinn führte, auch für das alsbaldige Auftreten der Anfälle in Betracht kommt, und muß daher die beiden betreffenden Fälle den symptomatischen Epilepsien zuzählen. Erbliche Belastung fehlt außerdem.

In den drei anderen Fällen dieser Gruppe erreicht der Schwachsinn nur geringere bis mittlere Grade. Die Anfälle traten erst nach der Pubertät oder noch später auf, und ein Fall ist mit Epilepsie erblich belastet; wir übernehmen daher diese drei Fälle in die Gruppe der genuinen Epilepsie.

Von einem letzten Fall wissen wir, daß der Patient im Rausch gezeugt wurde. Auch er war von Kindheit an schwachsinnig und epileptisch, zählt daher bei unserm Material zu den symptomatischen Epilepsien.

Rekapitulierend orientiert folgende Tafel über Art und Einteilung des Materials:

Diagnose	Zahl der Fälle	In unserer Aufstellung gerechnet zu der genuinen Epilepsie	In unserer Aufstellung gerechnet zu d. symptomat. Epilepsien
Genuine Epilepsie	30	30	—
Genuine Epilepsie u. Psychose	2	2	—
Psychose plus akzess. org. Anfälle	2	—	—
Traumat. Epilepsie	10	1	9
Epilepsie bei Schädigungen des Gehirns im Frühkindesalter	4	1	3
Epilepsie auf dem Boden eines angeb. Schwachsinns	5	3	2
Epilepsie bei Keimschädigung	1	—	1
organ. Anfälle	54	37	15
Psychose plus akzess. Anfälle	— 2		
	= 52	= 52	

Wir sind uns natürlich darüber klar, daß der Abgrenzung der einzelnen Epilepsieformen, speziell der genuinen Epilepsie von den symptomatischen Epilepsien immer etwas Willkürliches anhaften muß, solange die Pathogenese der Krampfkrankheiten nicht weiter erforscht ist als heute. Ob und inwiefern die hier beschriebenen Untersuchungen dazu beitragen können, wird am Schluß der Arbeit zu zeigen sein.

Die Untersuchung der Kranken wurde nach einem dem *Kretschmer*schen angelehnten Schema vorgenommen. Wir bringen zunächst die an den genuinen Epileptikern gewonnenen Ergebnisse. Die reinen Typen sind selten. Wir zählen unter den 37 Probanden

reine Astheniker 3
reine Athleten 1
reine Pykniker 4

Diese geringen Zahlen steigen unverhältnismäßig, wenn man zu der betreffenden Gruppe die zwar nicht reinen, aber doch noch deutlich zum betr. Typus tendierenden Fälle hinzuzählt.

Bei der Gruppe der Astheniker ist ein weiterer Fall, der an sich völlig typisch ist bis auf ein langes und aufrechtes Affenhaarkleid bei hypoplastischen Hoden und Genitale, ein Hinweis auf die komplexe Natur des Wachstumsreizes für die Behaarung.

Fünf Fälle der nicht-typischen Astheniker zeigen Einschläge eines anderen Formenkreises, und zwar teils des pyknischen (zweimal flache Fünfeckform des Gesichts, einmal gewölbter Thorax), teils des athletischen (hoher Unterkiefer mit steiler Eiform des Gesichtes und schwach gebogenem Profil, oder breite Schildform, je einmal).

Ein unreiner Astheniker hat ein ausgesprochen feminines Becken; gleichzeitig läuft der Thorax des Betreffenden trapezförmig nach der Schulter zu zusammen; ein Turmschädel ist angedeutet, Anzeichen überstandener Rachitis fehlen.

In zwei letzten Fällen dieser Gruppe ist der asthenische Habitus mit Infantilismen kombiniert; die betr. Patienten sind kleinwüchsig, haben kindliche Fettverteilung, kindliche Gesichtsbildung, schwache Terminalbehaarung und hypoplastisches Genitale.

Insgesamt stehen also den drei reinen Fällen von asthenischem Habitus bei unseren Probanden unter den genuinen Epileptikern neun unreine Fälle verschiedenartiger Genese gegenüber; ihr Übergewicht beträgt $3:1 = 3,0$.

Dem einen Fall von rein athletischem Körperbau steht ein anderer gegenüber, der eine Variante dieses Typus darstellt: Alles unförmlich plump, pastös, fett, dabei mächtige Schulterbreite und massiger

Schädel. Das Verhältnis 1:1 der beiden Fälle kann wegen der kleinen absoluten Zahl natürlich nicht gewertet werden.

Auf die vier reinen Pykniker unter den 37 genuinen Epileptikern treffen fünf unreine Typen. Alle fünf tendieren zum athletischen Habitus. Sie haben dessen derben Körperbau, der sich insbesondere in massigen Schädeln auswirkt, ohne die Brust-Schulter-Halspartie aus ihrer pyknischen Proportion zu verschieben; desgl. fehlt der athletische trophische Akzent auf Muskulatur und Haut. Zwei dieser unreinen Fälle sind außerdem noch mit endokriner Fettsucht kompliziert.

Das Verhältnis der unreinen pyknischen Typen zu den reinen ergibt sich also mit 5:4 = 1,25.

Wir können das bisherige Ergebnis dahin zusammenfassen, daß die reinen Körperbautypen bei genuinen Epileptikern selten sind; es stehen ihnen leicht verwischte, aber noch abgrenzbare Typen in gleicher oder überwiegender Anzahl gegenüber. Bei diesen leicht verwischten Typen ist die Koppelung mit Elementen aus anderen Körperbauklassen uneinheitlich. Der asthenische Typ tendiert universell und divergent teils zu pyknischen, teils (aber seltener) zu athletischen Elementen, teils zu Entwicklungshemmungen oder grob glandulären Regelwidrigkeiten.

Der pyknische Habitus scheint sich mit Vorliebe mit dem athletischen zu liieren; diesem wohnt, wie dem pyknischen, die Tendenz zur abnormen Fettanhäufung inne.

Von den 37 Fällen genuiner Epilepsie haben sich bisher insgesamt 23 unter die Hauptkörperbautypen zwanglos bzw. noch einreihen lassen. Bei elf Fällen ist das nicht mehr möglich; sie sind uncharakteristisch oder stellen Legierungen zu ungefähr gleichen Teilen dar. Drei letzte Fälle gehören wieder zu ausgesprochenen Typen, und zwar den dysplastischen Spezialtypen *Kretschmers*, und werden gesondert behandelt.

Von den elf nicht in einen der bekannten Typen einordnungsfähigen Fällen sind vier völlig uncharakteristisch, aber in sich gleichmäßig. Der Vermerk „mittel" dominiert in den entsprechenden Protokollen. Auffallend ist allerdings, daß bei allen vier gewisse Degenerationszeichen nicht fehlen: steiler Gaumen viermal, angewachsene Lobuli zweimal, Asymmetrie von Nase und Stirn je einmal (natürlich nicht traumatisch).

Sechs der uncharakteristischen Typen sind insofern legiert, als sich bei uncharakteristischem Gesamtbau Einschläge finden, die einem der drei Habitus zugehören, aber doch nur geringgradig sind. Dreimal fanden wir Anklänge an den athletischen Habitus in betonter Schulter-

breite oder derbem Hochkopf mit steiler Eiform des Frontalumrisses bei sonst wohlgebauten, jedenfalls nicht flachbrüstigen oder dünngliedrigen Männern. Dieser Befund erinnert an den oben erhobenen über die Verknüpfung des pyknischen mit dem athletischen Habitus.

Zweimal registrierten wir „uncharakteristischer Typus mit pyknischen Einschlägen", nämlich in der Gesichtsbildung (flache Fünfeckform). Davon abgesehen erscheinen die betreffenden Patienten eher schmalschultrig bzw. langgliedrig. Ein Anklang an den asthenischen Habitus verbindet sich hier (wie oben) mit pyknischen Elementen.

In einem weiteren Fall der uncharakteristischen Gruppe mit deutlichen Beimischungen stammen diese aus dem asthenischen Habitus. Ein durch einen dazu noch asymmetrisch eingedrückten Unterkiefer bedingtes Winkelprofil verunziert einen mittelgut gebauten, mit auffallend dünner Haut bekleideten Körper.

Im letzten Fall der uncharakteristischen Gruppe ist eine Legierung mit ungefähr gleicher Beteiligung zweier Typen, und zwar des asthenischen Habitus mit dem athletischen vorhanden. Ein schmalschultriger, flachbrüstiger, langer und dünner Rumpf ruht auf massigen Beinen und trägt einen breiten, in der knöchernen Trophik sehr stark akzentuierten Schädel mit derbem Gesicht. Wir haben also in diesem letzten Fall wieder Beziehungen zwischen dem asthenischen und athletischen Typus gefunden, die wir bisher bei der Betrachtung der Mehrzahl der Fälle — auffallenderweise — nicht allzu oft feststellten. Es schien im Gegenteil der asthenische Habitus weniger gern Legierungen mit dem athletischen einzugehen, und der athletische Typus schien hier, bei den Epileptikern, sich eher mit dem pyknischen zu vermischen.

Die drei letzten Fälle aus der ersten großen Hauptgruppe — der genuinen Epilepsie — stellen dysplastische Spezialtypen dar. Zwei gehören zur Gruppe des eunuchoiden Hochwuchses; beide haben davon die Überlänge der Glieder und die Genitalhypoplasie. Die Terminalbehaarung ist bei beiden nicht völlig ausgebildet; einer hat ein breites Becken. Die Typen sind in beiden Fällen nicht rein. Der eine hat dazu einen zwar langen, aber gut gewölbten und breiten Thorax nebst reichlichem Fettbauch. Der Kopf ist klein, asymmetrisch in seinem stark gebogenen Unterkiefer, und über einer langen Nase und fliehenden Stirne ausgesprochen winklig profiliert; insgesamt also eine seltsame, nicht auf eine einfache Formel zu bringende Beimengung. Der andere Fall ist mit asthenischen Stigmen (Winkelprofil, hängende Schultern, Flachbrüstigkeit) kompliziert.

Der dritte unter unseren dysplastischen Spezialtypen ist ein Zwerg

mit groteskem Vogelkopf. Rumpf und Gliedmaßen beteiligen sich gleichmäßig an der Kleinheit; das Becken ist schmal, die Leistenbeuge steil und schwach abgesetzt. Der Unterkiefer ist hochgradig verkümmert und asymmetrisch; eine asthenisch lange und spitze Nase erscheint von vorne in ein niedriges Mittelgesicht mit geraffter Oberlippe und kleinem Mund breit und dick hineingesetzt.

Überblicken wir die damit durchgearbeiteten 37 Fälle von genuiner Epilepsie, so ergibt sich — zusammenfassend — folgende Aufstellung:

Typus	Zahl	in %	
Astheniker, rein	3	8,1	= 32,4
„ unreine Fälle	9	24,3	
Athlet	1	2,7	= 5,4
„ , unrein	1	2,7	
Pykniker, rein	4	10,8	= 24,3
„ , unrein	5	13,5	
Dysplastische Spezialtypen	3	8,1	= 8,1
Uncharakteristische Typen	11	29,7	= 29,7
	37	99,9	= 99,9
		= rund 100%	

Zu den Dysplastikern ist noch folgendes zu bemerken: Wir haben nur die voll ausgebildeten Exemplare als solche für sich rubriziert. Vereinzelte dysplastische Stigmen finden sich in unserem Material außerordentlich häufig, und es wurde schon mehrfach darauf hingewiesen. Zwanzigmal registrierten wir „steilen Gaumen“ in ziemlich gleichmäßiger Verteilung auf alle Gruppen mit Ausnahme der reinen Astheniker und Pykniker. Asymmetrieen am Gesichts- und Hirnschädel fanden wir zehnmal, auch die unreinen pyknischen Formen beteiligen sich zweimal daran.

Im zweiten Hauptteil unserer Untersuchungen fassen wir die 15 (verbliebenen) Fälle von symptomatischen Epilepsien ins Auge. Das Ziel ist, mit der genuinen Epilepsie Vergleichsmöglichkeiten zu gewinnen. Dabei muß natürlich der Haupteinwand anerkannt werden, daß diese 15 Fälle zur Ableitung von Gesetzmäßigkeiten erst recht und bei weitem nicht hinreichen. Sie können aber Ansätze weisen, auf denen an reicherem Material weiter zu bauen sein wird.

Wir teilen zunächst die 15 Fälle körperbaumäßig nach den gleichen Gesichtspunkten ein wie die 37 genuinen. Dabei finden wir fünf Fälle des asthenischen Typs. Einer ist rein, steht jetzt in höherem Alter mit entsprechenden Veränderungen. Der zweite und dritte haben von ihrem Habitus vor allem die schmalen, abfallenden Schultern, flachen

Thorax und den zarten Knochenbau mit dünner, bzw. in Anbetracht der Gliederlänge relativ dünner Muskulatur. Die Unterkieferpartie ist dagegen weniger deutlich im asthenischen Sinne ausgebildet; sie verleiht den Gesichtern breite Schildform und eine schwache Profilbiegung. Der vierte Fall aus dieser asthenischen Gruppe ist hoch aufgeschossen, dünngliedrig, mit dürftiger Muskulatur, flach- und langbrüstig, hat dagegen einen mißgestalteten Schädel mit schiefgestellter Nase, über den Augen eingedellter, eckiger Stirn und stark abstechenden Ohren. Dieser Fall läßt wie die analogen genuinen Fälle die Tendenz des asthenischen Habitus zum dysplastischen erkennen; die vorhergehenden Fälle haben Beziehungen zum athletischen Typus.

Ein Fall unter den symptomatischen Epilepsien ist athletisch gebaut. Der Habitus ist eindeutig. Allerdings fehlt der derbe Hochkopf. Unter einem massigen Hirnschädel breitet sich das grobgeschlachte Gesicht in breiter Schildform aus.

Der pyknische Habitus beteiligt sich bei den 15 symptomatischen Epilepsien mit drei Fällen, von denen einer unverfälscht ist; ein zweiter weist neben a b n o r m starker Stammfettsucht noch deutliche athletische Beimengungen auf: massiger Hirnschädel, breiter, derber, hoher Unterkiefer, breite Schildform des Gesichts. Auch der dritte hat neben pyknischem Rumpf mit kompaktem Fettbauch den dem athletischen Typus entnommenen hohen, derben Unterkiefer und starke Muskeltrophik.

Wir finden also auch hier die schon bei den entsprechenden genuinen Fällen bemerkte Neigung des pyknischen Habitus zu athletischen Einschlägen.

Von den dysplastischen Spezialtypen finden sich zwei Vertreter. Der eine hat ein typisches hypoplastisches Gesicht mit kleiner Stumpfnase, geraffter Oberlippe und gerade abfallendem Profil. Aus pastöser Haut schauen unter einem niederen Orbitalrand kleine, stechende Augen heraus. Darüber sitzt ein breiter Quadratschädel. Der Körperbau i. e. S. ist unauffällig bis auf derben Knochenbau und Hypogenitalismus. Wir erinnern daran, daß wir auch bei den genuinen Epileptikern in der entsprechenden Gruppe einen Gesichtshypoplastiker, allerdings eine Variante des hier vorliegenden Typs gefunden haben.

Der zweite Vertreter unter den jetzt betrachteten Dysplastikern hat einen ähnlichen Vogelkopf wie der oben zitierte Fall aus der genuinen Gruppe; auch dessen Asymmetrie des Unterkiefers fehlt nicht. Ein Zwergwuchs wird allerdings hier noch durch *Little*sche Lähmungen

von Arm und Bein kompliziert. Die symptomatische Epilepsie macht also auch in ihren dysplastischen Spezialtypen keinen Unterschied gegenüber der genuinen Epilepsie.

Uncharakteristisch sind fünf Fälle; über einen kann nicht mehr als dieses ausgesagt werden, von einem steilen Gaumen allerdings noch abgesehen.

Der zweite Fall ist dadurch interessant, daß sich auf einem nicht klassifizierbaren, wohlgebauten Rumpf ein Kopf mit stark ausgebildeten und vorspringenden Jochbögen, breitem Gesichtsoval, zurücktretendem Unterkiefer, Winkelprofil und ausgedehnter, kompletter und spiegelnder Glatze befindet. Es scheinen hier also pyknische und asthenische Elemente zusammengeflossen zu sein. Da aber die Familie des betr. Patienten aus Böhmen stammt und keinen deutschen Namen trägt, halten wir das Vorliegen von fremdstämmigen Konstitutionselementen nicht für ausgeschlossen und verzichten daher auf die Bewertung dieses Falles.

Der dritte und vierte Fall stellen Legierungen zwischen asthenischem und athletischem Habitus dar. In beiden Fällen ist der Rumpf asthenisch flach und lang, der athletische Anteil am Körperbau erstreckt sich beide Male auf die Extremitäten; bei einem Falle außerdem noch auf die Kopfbildung. Diese Legierung zwischen asthenischem und athletischem Habitus ist uns ja von dem analogen genuinen Fall her schon bekannt.

Der fünfte Fall hat Elemente des pyknischen und des athletischen Habitus aufzuweisen und ist dazu noch durch Senium kompliziert. Pyknisch sind an ihm eine entsprechend typische Glatze und ein gewölbter, kurzer und breiter Thorax mit mäßig erhaltenem Fettbauch darunter; athletisch ist der derbe, hohe Unterkiefer und eine unförmlich große Nase.

Einzelne dysplastische Symptome, um das noch zu erwähnen, wurden auch bei den symptomatischen Epilepsien sehr häufig gefunden. Steiler Gaumen sechsmal, gleichmäßig auf alle Typen außer den pyknischen verteilt; Asymmetrien und Mißbildungen fanden sich ebenso oft, nur die Pykniker sind wieder frei davon. Verwachsungen der Augenbrauen gehören hier, wie übrigens auch bei den genuinen Epileptikern, fast zum regulären Befund.

Zum Schluß geben wir über die 15 Fälle von symptomatischen Epilepsien eine tabellarische Aufstellung wie oben bei der genuinen Epilepsie.

Typus	Zahl	in %	Vergleichszahl aus der genuinen Epilepsie
Asthenisch, rein und mit Einschlägen	4	26,7	32,4
Athletisch	1	6,7	5,4
Pyknisch, rein und mit Einschlägen	3	20,0	24,3
Dysplastisch	2	13,3	8,1
Uncharakteristisch	5	33,3	29,7
	15	100	99,9 = rund 100

Diese Zahlen sind natürlich nicht mit Beweiskraft vergleichbar; dazu ist das ihnen zugrunde liegende Material, besonders auf der symptomatischen Seite viel zu klein; sie geben aber Hinweise.

Bei den athletischen Gruppen wird man wegen ihrer absoluten Kleinheit keine Schlußfolgerungen wagen; bei den übrigen wird man aber die Annahme nicht gezwungen finden, daß die Zahlen hüben und drüben sich angleichen, mit anderen Worten: Das Trauma oder die Hirnentzündung usw., was alles noch als Ursache einer symptomatischen Epilepsie angesprochen wird, spielt entweder keine überragende Rolle, oder — da wir diese Annahme natürlich nicht im Ernst behaupten wollen — es spielt bei beiden großen Gruppen der Epilepsie, den symptomatischen und der bis jetzt noch so genannten genuinen, eine ungefähr gleich große Rolle. Sonst müßten sich doch Unterschiede in der Körperbautypenverteilung herausstellen. Die symptomatischen Epilepsien müßten ungefähr dem Typenverteilungsschlüssel der Gesamtbevölkerung folgen, da die Traumata usw. wahllos jeden Träger eines beliebigen Typus gleich gut treffen können. Die genuine Epilepsie dagegen müßte uns aus ihren Differenzen mit den symptomatischen Epilepsien verraten, welchen Körperbautypus sie bevorzugt. Das tut sie aber nicht, sondern beide großen Epilepsie-Formen tun uns ihre Vorliebe für Dysplastisches kund, seien es ausgesprochene Typen dieser Klasse, seien es irgendwelche der zahllosen Einzelstigmen, die wir unter unserem Material so gleichmäßig häufig gefunden haben. Gefühlsmäßig haben wir ja sowieso schon die Auffassung, die Epileptiker seien mit Vorliebe mißwüchsige und häßliche Gestalten, denen ja auch eine unharmonische Psyche durchaus entspricht.

Wir haben schon im speziellen Teil unserer Untersuchungen immer wieder darauf hinweisen können, daß sich beim Vergleichen der entsprechenden Gruppen stets Parallelen finden lassen. Beide Epilepsie-

Formen, die symptomatische und die genuine, beteiligen sich in gleicher Weise an den unter den verschiedenen Körperbautypen vorkommenden Legierungen bzw. bei ihnen möglichen Einschlägen; beide Epilepsiegruppen stellen sich in ganz der gleichen Weise in Gegensatz zu den Erfahrungen, die uns vom schizophrenen bzw. zirkulären Formenkreis her geläufig sind, indem bei den Epilepsien Bindungen zwischen dem athletischen und dem pyknischen Typ hüben wie drüben üblich sind, die wir bisher nicht in dieser Häufigkeit fanden, und indem der asthenische Typ bei allen Epileptikern Legierungen mit dem pyknischen nicht meidet und mit dem athletischen sich nur seltener verbindet.

Wenn aber alle diese Ergebnisse in gleicher Verteilung auf die beiden großen Epilepsiegruppen, die symptomatische Epilepsie und die genuine Epilepsie, zutreffen, so heißt das nichts anderes, als daß auch die genuine Epilepsie in Wirklichkeit gar nicht genuin ist, sondern nur deshalb noch so heißt, weil wir ihre Ursache bis heute nicht kennen. Wir müssen aber danach streben, sie zu erkennen. Dabei ist auch die negative Tatsache, die wir aus unseren Körperbauuntersuchungen glauben ableiten zu dürfen, daß nämlich das Trauma usw. als Epilepsie-Ursache nicht überschätzt werden darf, von Wichtigkeit.

Bazillenträger in der Anstalt.

Von Dr. H. **Moritz**-Emmendingen.

Mit der Erkennung der Bazillenträger anläßlich einer Typhusbekämpfung unter Leitung *Robert Koch*'s im Jahre 1903 hat die Typhusprophylaxe eine wesentliche Wendung erfahren. Bei plötzlich auftretenden Typhuserkrankungen blieb bis dahin die Infektionsquelle sehr oft unklar. Gerade bei Irrenanstaltsendemieen war das öfters der Fall. Da man bis zu dieser Zeit von Keimträgern nichts wußte, nahm man unwillkürlich eine Einschleppung von außen her an und war deshalb geneigt, Typhuserkrankungen außerhalb der Anstalt mit denen der Anstalt in ursächlichen Zusammenhang zu bringen. Auffallend war dabei doch, daß bei einer großen Zahl der Fälle über Art und Weise der Einschleppung selten sichere Feststellungen gemacht werden konnten, und daß auch in Anstalten solcher Bezirke, wo Typhusfälle sonst eine Seltenheit waren, immer wieder endemisch sich der

Thyphus bemerkbar machte. Durch eingehende Untersuchungen über Typhuskeimträger in der Gesamtbevölkerung wissen wir heutzutage, daß gerade in den Irrenanstalten der Prozentsatz der Bazillenausscheider ein sehr hoher ist. Wenn nach *v. Drigalski* der Prozentsatz der nach Typhus zu Dauerausscheidern Werdenden mit 3—5% angegeben wird, so liegt bei intensiverer Durchseuchung kleinerer Bevölkerungsgruppen, z. B. Irrenanstalten, der Prozentsatz noch höher. *Seemann* fand z. B. bei 1600 Anstaltsinsassen, von denen 212 an Typhus erkrankten, 61 Keimträger. Vereinzelte von diesen schieden nach 6-monatiger Pause wiederum Bazillen aus. Da bei geringen Krankheitssymptomen oft die leichten Fälle von Typhus übersehen werden, so besteht gerade bei Irrenanstaltsinsassen durch deren Verhalten in der Krankheit die Möglichkeit des Nichterkanntwerdens der Erkrankung umso eher. Und gerade diese latenten Fälle werden später dann plötzlich beim Auftreten von Erkrankungen als Keimträger festgestellt.

Da in Irrenanstalten Typhus- und Paratyphus-, sowie Ruhrerkrankungen bei dem unzweckmäßigen Verhalten der Kranken meistens nicht in Einzelfällen auftreten und auch nicht selten sind, so wird immerhin ein kleiner Teil zu Dauerausscheidern. Es werden deshalb solche Anstalten mit durchgemachten größeren Epidemieen so gut wie immer den einen oder anderen Ausscheider unter ihrem Krankenbestand beherbergen. Diese bilden dann hauptsächlich die Infektionsquellen jener plötzlichen Erkrankungen, deren Ursache man sich früher nicht erklären konnte. Aus diesem Grunde machte das Reichsamt des Innern im Jahre 1907 den Landesregierungen das Ergebnis der Verhandlungen des Reichsgesundheitsrates über Typhusbekämpfung zugänglich. In der am 26. April 1907 stattgefundenen Tagung des Reichsgesundheitsrates wurde auf die Bedeutung der Bazillenträger neben den latenten Erkrankungen hingewiesen. Es wurden unter Anstaltsinsassen, Kranken- und Pflegepersonal, Bazillenträger festgestellt. Eine Untersuchung sämtlicher neueintretenden Personen einschließlich des Wartepersonals daraufhin, ob sie Typhusbazillen ausscheiden, wurde deshalb befürwortet. In jenem Verhandlungsbericht wurde ferner darauf hingewiesen, daß noch kein wirksames Mittel, den Typhusbazillus innerhalb des Körpers abzutöten, bekannt sei. Es wurde daher der Wunsch ausgesprochen, nach Möglichkeit in größeren Krankenhäusern und Laboratorien Versuche in der genannten Richtung anzustellen.

Die Ermittelung von Keimträgern und deren Unschädlichmachung durch entsprechende Isolierung ist deshalb für die An-

stalten von größter Bedeutung. Nach *Forster* sind bei 20 Prozent der Erkrankungen Typhuswirte die Infektionsquelle, nach anderen Autoren (*Uhlenhuth*) noch mehr. In den Anstalten ist bei den gegebenen Verhältnissen der Prozentsatz sicherlich höher als unter den gewöhnlichen Bedingungen. Ausgehend von dieser Tatsache war die Emmendinger Anstaltsleitung von jeher bemüht, etwaige Typhuskeimträger unter ihrem Krankenbestand zu ermitteln. Am 12. August 1907 ordnete die hiesige Direktion an, daß künftig alle in die Anstalt neueintretenden Personen darauf untersucht werden, ob sie Bazillen ausscheiden. Nach Möglichkeit sollte auch bei den bereits anwesenden Personen die Untersuchung durchgeführt, von Zeit zu Zeit sogar wiederholt werden.

In den folgenden Jahren wurden die Stühle und Urine sämtlicher Anstaltsinsassen mehrfach durchuntersucht. Bei 20 klinisch gesunden Frauen wurden im Jahre 1912 Paratyphusbazillen festgestellt, aber nur bei einer einzigen Kontrolluntersuchung; die späteren blieben wiederum negativ. Gelegentlich wurden auch Ruhrbazillen gefunden, doch blieben auch diese Befunde nur vorübergehend. Derartige Fälle mit kurzer, meist nur einmaliger Ausscheidung sind in der Literatur bekannt, kommen gelegentlich auch mit Typhusbazillen vor. Nach *v. Drigalski* und *Conradi* kann bei gesunden Personen eine vorübergehende, sogenannte „alimentäre" Ausscheidung vorkommen, wenn mit der Nahrung Bazillen aufgenommen werden, die, ohne eine Erkrankung zu verursachen, durch Magen und Darm passieren. Gerade in der Umgebung Typhuskranker, bei Ärzten, Krankenschwestern, Familienangehörigen wurden derartige Beobachtungen gemacht. In der hiesigen Anstalt wurden ebenfalls 1912 bei einer klinisch gesunden Frau Typhusbazillen festgestellt, die Kranke wurde sofort isoliert, doch verliefen die sämtlichen späteren Kontrolluntersuchungen über längere Zeit ergebnislos. Später kam die Kranke ad exitum. Leider fehlt der Obduktionsbefund der Gallenblase! Außer den angeführten positiven Befunden waren die Durchuntersuchungen ohne Resultat bis erst im Mai 1922 2 Bazillenträgerinnen festgestellt werden konnten. Diese beiden wurden sofort nach der Anstalt Wiesloch versetzt, um in der dortigen eingerichteten Isolierabteilung untergebracht zu werden. (Diese Abteilung ist zur Zeit nur in Ausnahmefällen vorübergehend belegt, da sämtliche Ausscheider der badischen Anstalten seit 1923 in der Emmendinger Isolierabteilung untergebracht werden).

Im Spätherbst 1922 erkrankten wiederum 2 Frauen des Zentralbaues an Typhus. Durch engste Zusammenarbeit der Anstaltsleitung mit dem Untersuchungsamt am Hygienischen Institut der Freiburger

Universität, die sich schon seit 1911 bewährt, gelang es durch entsprechende Vorsichtsmaßnahmen, eine Weiterinfektion zu verhüten. Der Krankenaustausch zwischen den Abteilungen wurde sofort eingestellt und sämtliche Pfleglinge des Zentralbaues durchuntersucht. Ferner wurden alle Pfleglinge damals 3mal gegen Typhus geimpft. Die Impfung verlief ohne jegliche Schädigung. Daß weitere Erkrankungen nicht mehr eintraten, schrieb man zum Teil der Schutzimpfung zu. Das Untersuchungsergebnis bei den Reihenuntersuchungen war wider Erwarten erfolgreich. Unter den 150 Pfleglingen dieser Abteilung konnten nicht weniger als 8 Typhusbazillenträgerinnen sowie 2 Paratyphus-B- und 6 Dysenterieausscheiderinnen gefunden werden. Aber trotz strengster Isolierung der festgestellten Keimträger in einer Sonderabteilung traten im Verlauf des Jahres 1923 7 weitere Typhusfälle auf. Man setzte die Reihenuntersuchungen fort und konnte nochmals 6 weitere Typhusbazillenausscheiderinnen ausfindig machen. — Auf der Männerseite ergab die bakteriologische Untersuchung dagegen nur 2 Typhusbazillenträger.

Das überraschende Ergebnis dieser Reihenuntersuchungen war wiederum ein Beweis dafür, daß gelegentliche Untersuchungen nicht genügten, um vorhandene Keimträger rechtzeitig feststellen zu können, und daß wiederholte Untersuchungen nötig fallen. Bei den für das Jahr dreimal wiederholten Kontrollen blieben etliche Typhuswirte immer noch unerkannt, weil es sich so traf, daß ihre Untersuchungen gerade während eines keimfreien Intervalls vorgenommen wurden. Von einigen Autoren wurde deshalb zur Ermittelung von Typhuswirten auch die Gruber-Widal'sche Reaktion empfohlen, die bei Keimträgern gelegentlich positiv sein soll. Andere Untersuchungen und auch hiesige Erfahrungen bestätigen die Agglutinationsprobe bei Keimträgern bisher nicht [1]). Solche bazillenfreie Intervalle sind oft sehr groß. So hat eine der hiesigen Kranken, welche ohne sonstige Krankheitssymptome Dysenterie-*Flexner* vor einem Jahre mehrmals über etliche Wochen ausschied, und von der nachher über 60 in regelmäßigen Zeitabständen vorgenommene Untersuchungen ein negatives Ergebnis hatten, kurz vor ihrer beabsichtigten Entlassung aus der Isolierabteilung wieder einen positiven Befund gezeigt: Ein Fall, der zur Vorsicht mahnt und vor allzufrüher Aufhebung der Isolierungsmaßnahmen der Bazillenträger warnt. Von *Bötticher* wurde auch ein ähnlicher Fall beschrieben, der nach Jahresfrist 41 negative Befunde aufwies und dann ad exitum kam. Bei der Obduktion wurde

[1]) Diesbezügliche Untersuchungen sind noch im Gange.



vom Gallenblaseninhalt abgeimpft, und das bakteriologische Resultat ergab massenhaft Typhusbazillen in der Galle. Zur Erklärung solcher Fälle nimmt man allgemein an, daß durch die normale Darmflora der größte Teil der Typhusbazillen überwuchert und unschädlich gemacht wird. Dafür spricht auch, daß oft bei Verdauungsstörungen plötzlich wieder massenhaft Bazillen festgestellt werden können, ohne daß man annehmen muß, daß die vermehrte Ausscheidung aus den Gallenwegen gerade die Ursache solcher leichter Verdauungsstörungen bildet, die häufig bei den Keimträgern zu beobachten sind. Auch fand man bei Sektionen von Typhuswirten in dem sonst unter normalen Verhältnissen keimfreien Duodenum oft Reinkulturen von Typhusbazillen, während in den weiter abliegenden Darmabschnitten die Typhusbazillenbefunde abnahmen.

Der normalen Darmflora schreibt man noch eine weitere Fähigkeit zu. Oft ist es auffallend, daß bei dem massenhaften Ausscheiden mancher Keimträger und bei dem unzweckmäßigen Verhalten derselben, wie es gerade in Irrenanstalten der Fall ist, verhältnismäßig wenig Infektionen zustande kommen. Hilgermann, Levy und Wyber glauben deshalb an eine virulenzabschwächende Wirkung der normalen Darmflora. Demgegenüber konnte doch Lenz an Hand von Tierversuchen nachweisen, daß Keime Typhuskranker und solche von Dauerausscheidern keine wesentlichen Virulenzunterschiede zeigten.

Nach übereinstimmenden Befunden bei Sektionen und Operationen ist die Gallenblase, häufig mit den intrahepatischen Gallengängen, das Hauptreservoir, von dem aus die Bazillenträger ihre Keime ausschütten. Doch sind auch Appendix, Pankreas und Harnwege, auch oft Prostata und Samenblase als Bazillenherde festgestellt worden. Bei einer unserer Kranken wurde wegen Ausscheidens bei öfteren Gallenblasenaffektionen die Gallenblase entfernt und gleichzeitig wurde eine Appendektomie vorgenommen. Nicht nur in der exstirpierten Gallenblase, sondern auch im Wurmfortsatz fand man Reinkulturen von Typhusbazillen. Doch weisen auch die hiesigen Fälle darauf hin, daß bei der Mehrzahl das Gallensystem der Sitz des Ausscheidungsherdes ist. Bei plötzlich auftretenden Erkrankungen, deren Ursache Keimträger in der Umgebung vermuten lassen, sind auch nach hiesigen Beobachtungen gerade solche Personen verdächtig, die manchmal ohne klaren klinischen Befund fiebern, besonders wenn dabei noch Symptome einhergehen, die auf eine eventuelle, wenn auch nur geringe Beteiligung der Gallenwege schließen lassen. In der Umgebung einer hiesigen Ausscheiderin, die als solche noch nicht erkannt war, erkrankten hintereinander 3 Mitpatientinnen. Man

glaubte in der Patientin W., die zeitweise fieberte, und wie sich erst später anamnestisch herausstellte, früher schon an Gallensteinanfällen litt, die Infektionsquelle zu finden. Die Vermutung war richtig; die bakteriologische Untersuchung lieferte sofort einen positiven Befund. Da bei dieser Kranken auf Grund ihrer Anamnese Tuberkuloseverdacht bestand und von den früheren Gallensteinkoliken noch nichts bekannt war, wurde das Fieber zuvor für ursächlich-phthisisches gehalten. Bei der zuletzt beobachteten Fieberattacke, die das typische Fieberkurvenbild einer sehr schwer verlaufenden Sepsis bot, war eine deutliche Vergrößerung der Gallenblase unverkennbar; die Blase ragte ungefähr hühnereigroß unter dem Leberrand hervor. Dabei war das subjekte Befinden der katatonen Kranken trotz des hohen, bis zu 39,5 intermittierenden Fiebers ein durchweg gutes. Die Kranke war lustig und gesprächig, sie wollte unbedingt aufstehen, da sie sich doch wohl fühle. Daß während dieser letzten Gallenblasenaffektion und auch nach deren Abklingen trotzdem kein weiterer positiver Stuhlbefund vorlag, sei nicht unerwähnt.

Über den ursächlichen Zusammenhang zwischen Gallensystemsaffektionen und Bakterienausscheidung ist schon viel geschrieben worden, und die Meinungen darüber sind sehr verschieden. Auch über die Möglichkeit, wie die Bazillen in die Gallenblase kommen, werden mehrere Erklärungen gegeben. Nach *E. Fraenkel*, der sich mit dieser Frage längere Zeit beschäftigte, sind Typhusbazillen imstande, makroskopisch nicht feststellbare, rückbildungsfähige Entzündungen der Gallenblasenwand zu verursachen. Entzündungsprozesse schwerer Art, z. B. mit herdweise auftretender Nekrose, entstehen im allgemeinen nur dann, wenn das Gewebe schon vorher pathologische Veränderungen (Gallensteine, Empyem) erfuhr. Die Beobachtung, daß die Gallenblase jahrelang Typhusbazillen beherbergen kann, ohne eine Schädigung der Gallenblasenwand hervorzurufen, machte *Fraenkel* bei einem 8jährigen Knaben, der über mehrere Jahre Typhuskeimträger war, und bei dem aus therapeutischen Gründen die Gallenblase entfernt wurde. Die makroskopische wie mikroskopische Untersuchung zeigte keinerlei Veränderungen. *Fraenkel* hält es auch für möglich, daß Typhusbazillen mit dem Blutstrom in die Gefäße der Gallenblasenwand gelangen und von dort aus in die Blasenhöhle einwandern können. Weitere genaue mikroskopische Befunde desselben Autors bestätigen aber mit Sicherheit die Einschleppung von Typhusbazillen mit dem Gallenstrom von den intrahepatischen Gallengängen in die Gallenblase. Die Lage der Bazillen in den Gallengängen bewies die bereits schon früher geäußerte Vermutung. Bei dem

eigentlichen Typhus kreisen die Bazillen im Blute und werden, wie Klinik- und Sektionsbefunde bestätigen, oft in der Gallenblase gefunden. Die eigentliche primäre Cholecystitis typhosa, wenn man überhaupt von einer — *itis* sprechen kann, ist sehr selten, führt aber häufig zur Dauerausscheidung. *Naunyn* spricht deshalb einerseits von Cholecystitis typhosa, andererseits von Bakteriocholie. Auch in Tierversuchen wurden chronische Cystitiden durch Impfung von Bazillen in die Gallenblase erzeugt. *Uhlenhuth* und *Messerschmidt* gelang es, Kaninchen durch operative Verimpfung von Keimen in die Gallenblase zu Dauerausscheidern zu machen. Gelegentlich solcher Versuche fand man Bazillennester in der Wandung, obwohl der Typhusbazillus im allgemeinen keine große Fähigkeit besitzt, das Gewebe infiltrativ zu durchwandern. Die Neigung, das Gallensystem anzugreifen, läßt sich mit dem Paratyphus-B-Bazillus besonders schön tierexperimentell zeigen. *Fraenkel* und *Much* behandelten 1912 ihre Versuchstiere mit einem Para-B-Stamm, der unabhängig von der Verimpfungsweise, z. B. auch nach Verfütterung schwere, oft empyemartige Entzündungen hervorrief. Dagegen löste ein durch Obduktion gewonnener Para-A-Stamm hauptsächlich in den intrahepatischen Gängen Veränderungen aus, das Lebergewebe zeigte vereinzelt nekrotische Bezirke. Auch von japanischer Seite wurden mit Paratyphusbazillen in Tierversuchen cholecystitische Veränderungen erzielt. Die Paratyphusbazillen scheinen demnach den Typhusbazillen in dieser Hinsicht kaum nachzustehen, wie man vielleicht sonst anzunehmen geneigt ist.

Unter 12 hiesigen Typhus-Keimträgerinnen ist eine einzige Urinausscheiderin, doch enthielt, wenn auch nur selten, der Stuhl ebenfalls Typhusbazillen. Diese Kranke scheidet nur mit sehr großen keimfreien Intervallen ihre Bazillen aus. Irgendwelche Symptome, die auf lokale Typhusherde im Körper schließen ließen, werden bei ihr seit Jahren nicht beobachtet. Die Literatur berichtet über ein Verhältnis von Stuhl- zu Urinausscheidern wie 3:1. Im Urin werden stets massenhaft Bazillen ausgeschieden. Ihr Wachstum kann auch hier durch das anderer Bakterien (Darmflora) nicht gehemmt werden. Die Urinausscheider sind daher für ihre Umgebung ungemein gefährlich. Die Gefahr wird noch vermehrt durch den Umstand, daß Verunreinigungen mit Urin weit weniger auffallen als solche mit Kot.

Das Verhältnis von Frauen zu Männern unter den Keimträgern ist in unserer Anstalt auffallend kraß gegenüber sonstigen Erfahrungen. Ungefähr 30 Frauen stehen nur 2 Männer gegenüber. Nach *Forster* kommen auf 1 Mann 3—4 Frauen, nach *O. Mayer* sogar 9 Frauen. Über das Prozentverhältnis von Männern zu Frauen gibt *Forster* einen

weiteren interessanten Bericht. Ausgehend von der Erfahrung, daß Gallensteinaffektionen mit Bazillenträgertum in einem gewissen Zusammenhang stehen, ließ *Forster* statistische Erhebungen über die Häufigkeit von Gallenleiden bei Frauen und Männern anstellen und kam dabei zu der überraschenden Feststellung, daß das Prozentmaß von Gallenleiden bei Männern und Frauen der Häufigkeit der Dauerausscheider unter Männern und Frauen entspricht. Demnach würden die beiden Erscheinungen gegenseitig in einer gewissen Wechselbeziehung stehen, und man könnte auch hieraus wieder auf einen praedisponierenden Einfluß der Gallensteinleiden in bezug auf Dauerausscheidung schließen.

Seit 1923 besitzt die hiesige Anstalt eine Sonderabteilung für Bazillenausscheider, die sich seither auf das Beste bewährte. Mit geringen Kosten wurde damals in der Inflationszeit in einer gewöhnlichen, abseitsstehenden Pavillonabteilung eine in ihrer Einrichtung mustergültige und praktische Isolierabteilung eingerichtet. Sie war das Ergebnis langjähriger Zusammenarbeit mit der Leitung des Freiburger Untersuchungsamts. Über Einrichtung und Betrieb dieser Abteilung berichtet die 1925 erschienene Veröffentlichung von *Schmidt*, *Schneider* und *Zwilling*[1]). Ich verweise deshalb auf jene Arbeit. Es sei hier nur kurz erwähnt, daß der Betrieb auf dieser Abteilung derart gehandhabt wird, daß ein Verschleppen von Bazillen aus der Abteilung unmöglich ist, wenn sich das Personal an die Vorschriften hält. Halbjährlich wird das Personal gegen Typhus geimpft. Nur nach sorgfältigster Desinfektion darf die Abteilung verlassen werden. Im Betrieb bildet die Abteilung ein geschlossenes Ganzes für sich, sämtliche Gebrauchsgegenstände sind nach Bedarf, z. B. Eßgeschirre zum Anfahren des Essens aus der Anstaltsküche, doppelt vorhanden. Alles, was in der Abteilung gebraucht wird, kommt nie aus dieser heraus, und wird dort teils von den Kranken selbst gereinigt. Sämtliche Abfälle sowie die Wäsche werden noch in der Abteilung durch Desinfektionsmittel unschädlich gemacht. Die Arzneigläser werden wie die Eßgeschirre auf der „bakteriologischen Grenze“ umgeleert. Die erwähnte Arbeit berichtet eingehend über Einzelheiten.

Während in früheren Zeiten vor der Eröffnung dieser Abteilung kaum ein Jahr ohne Typhusfall verging, ist seit Einrichtung der Sonderabteilung bis heute keine weitere Infektion an Typhus erfolgt, auch nicht innerhalb der Abteilung selbst, obwohl Typhus-, Para-

---

[1]) „Die Typhusepidemie in der bad. Heil- u. Pflegeanstalt Emmendingen und ihre Bekämpfung“. Zeitschr. f. die ges. Neur. u. Psych. Bd. XCVIII, 1/2.

typhus- und Dysenterieausscheider nebeneinander liegen. Es ist dies immerhin ein Zeichen, daß die Typhusschutzimpfung, die halbjährlich vorgenommen wird, den Para-B- und Dysenteriebazillenträgern genügenden Schutz gegen die Ansteckung durch Typhus verleiht. Auch unter dem geimpften Personal sind bisher keine Typhusfälle aufgetreten. Durch fortlaufende Kontrolluntersuchungen wurden die Keimträger der Anstalt schließlich doch festgestellt und konnten isoliert untergebracht werden. Seit sechs Jahren blieb die Anstalt vollkommen frei von Typhuserkrankungen, ein Fortschritt gegenüber früheren Jahren, der die lange schwierige Aufgabe der Ausfindigmachung der Keimträger unter dem Krankenbestand belohnte. Wenn trotz früherer Reihenuntersuchungen (seit 1907) immer wieder Erkrankungen vorgekommen sind, so lag es zum Teil daran, daß die Mittel und die Möglichkeit fehlten, diese große Arbeit der mehrfachen Kontrolluntersuchungen des ganzen Krankenbestandes exakt genug durchzuführen; bei über 1200 Insassen keine Kleinigkeit! Vielleicht mag dies das Ministerium veranlaßt haben, an die Möglichkeit, derartige Untersuchungen in eigenen Anstaltslaboratorien vornehmen zu können, näher heranzutreten (Vorschlag des bad. Ministeriums vom 31.3.1913).

Obwohl wir mit der Entlassung von Keimträgern aus der Sonderabteilung sehr vorsichtig sind, konnten im verlaufenen Jahre 8 Keimträger- — 4 Typhus- und 4 Para-B-Ausscheiderinnen — auf andere Abteilungen verlegt oder ganz aus der Anstalt entlassen werden. Bei der Anstaltsentlassung machen wir die Bezirksärzte auf das frühere Ausscheiden aufmerksam. Von den Entlassenen liegen meistens ungefähr 80 negative Befunde vor, die wir in regelmäßigen Zeitabschnitten vornehmen. Gegen den Termin der beabsichtigten Entlassung werden fast täglich Kontrolluntersuchungen veranlaßt. Sicherlich geht man in der Annahme, daß die Ausscheidung meistens zeitlebens fortbesteht, zu weit. Nach vorgenommenen Untersuchungen, die zum Teil auch an hiesiger Anstalt durchgeführt wurden, und über die später berichtet werden soll, ist man in der Lage, durch Verabreichung galleférdernder Mittel mit anschließenden Kontrolluntersuchungen nach größeren Ausscheidungspausen wieder positive Befunde zu provozieren. Diese Wirkung mancher Mittel hat zum Teil zu der falschen Meinung geführt, daß diese einen therapeutischen Erfolg hätten, doch ist die Wirkung nur eine den Bazillenherd ausschwemmende und leider keine bakteriologisch reinigende. Auch Typhus-Vakzinen sollen provozierende Wirkung haben.

Um bei Entlassungen noch sicherer zu gehen, wird von einigen Autoren die Duodenalsondierung mit anschließendem bakteriologi-

schem Untersuchungsbefund der ausgeheberten Duodenalflüssigkeit empfohlen. Bei Irrenkranken stößt diese Untersuchung wohl auf zu große Schwierigkeiten, kann aber gelegentlich bei Anstaltsentlassungen in Frage kommen.

Therapeutische Versuche, Keimträger von der Ausscheidung frei zu bekommen, werden in der hiesigen Anstalt seit einigen Jahren unternommen. Es wurden mehrfach „Heil"-Mittel erprobt, leider wie auch andernorts mit negativem Erfolg. Es wurden galletreibende und desinfizierende Medikamente verabfolgt, es wurde gelegentlich auch mit biologischen Mitteln gearbeitet, es wurde auch schon operativ eingegriffen. Keine der Methoden war bisher gänzlich befriedigend. Über den Erfolg der hier erprobten Mittel wird später berichtet werden, da über einige der neueren Medikamente noch nicht genügende hiesige Erfahrungen vorliegen, und deshalb weitere Versuche angestellt werden.

Schutzmaßnahmen für das Personal auf den Isolierabteilungen.

Von Dr. H. **Moritz**, Emmendingen.

Eine besondere Gefährdung des Pflegepersonals auf den Abteilungen für Infektionskranke in Irrenanstalten wird immer wieder hervorgehoben. Im folgenden seien dehalb die an hiesiger Anstalt geltenden Dienstvorschriften und die sich aus diesen bisher ergebenen Erfahrungen kurz erwähnt.

Die Anstalt Emmendingen besitzt zwei Isolierabteilungen für Infektionskranke, eine Tuberkuloseabteilung für Frauen und eine Abteilung für Typhus-, Paratyphus- und Ruhrbazillenträger. Die phthisisch erkrankten männlichen Pfleglinge werden bis zur Fertigstellung des begonnenen Neubaus in der Abteilung für allgemein körperlich Kranke untergebracht. Für das Personal beider Abteilungen sind besondere Schutzmaßnahmen getroffen und entsprechende Verhaltungsregeln für den Dienst ergangen.

Das Personal der Tuberkuloseabteilung wird vor dem Dienstantritt einer genauen ärztlichen Untersuchung unterworfen. Es werden nur körperlich kräftige, über 21 Jahre alte Pfleger oder Pflegerinnen für den Dienst auf den Tuberkuloseabteilungen ausgesucht. Bei Feststellung der geringsten, für Phthise verdächtigen Symptome findet

eine tuberkulosefachärztliche Nachuntersuchung mit Röntgendurchleuchtung statt. Nach Möglichkeit sollen solche Personen ausgewählt werden, die durch Absolvierung eines Pflegelehrkurses über die Gefahren der Tuberkuloseinfektion genügend unterrichtet sind.

Das Körpergewicht des Tuberkulosepflegepersonals wird regelmäßig alle 14 Tage registriert durch Anlegung einer Gewichtskurve, die dem Abteilungsarzt jeweils vorzulegen ist. Dieser hat auf die sorgfältige Führung der Listen zu achten. Alle Vierteljahre wird außerdem die ärztliche Untersuchung jeder Pflegeperson wiederholt.

Die prophylaktische Kräftigung der Konstitution des Personals wird durch besondere Kostzulagen unterstützt. Es werden täglich pro Person zweimal $^{3}/_{10}$ Liter Milch, 25 g Butter und abwechselnd Eier, Fleisch, Wurst oder Käse zu der üblichen, für das sonstige Personal gereichten Kost gewährt.

Außer den sonst üblichen Arbeitspausen werden den auf den beiden Abteilungen diensttuenden Pflegepersonen besondere, täglich zweistündige Ruhepausen zugebilligt. Es wird darauf geachtet, daß diese Pausen nicht zu Besorgungen usw. mißbraucht werden, sondern möglichst mit Ruhe, Bewegung in frischer Luft, Sonnenbädern oder dergleichen ausgefüllt werden. Ein besonderer Zwang für eines oder das andere wird nicht ausgeübt, sondern die Wahl bleibt jedem einzelnen überlassen. Die Anstalt besitzt auf jeder Geschlechtsseite kleine Schwimmbäder, die im Sommerhalbjahr von einigen Pflegepersonen in den Ruhepausen besucht werden.

Der Tuberkulosedienst ist durch reichlich vorhandenes Personal derart eingerichtet, daß das Pflegepersonal auf der Phthiseabteilung nach 14-tägigem Dienst abgelöst und anschließend zum Gartendienst kommandiert wird. Fast das ganze Jahr sind einige Krankengruppen mit Garten- und Feldarbeit beschäftigt. Zur Beaufsichtigung dieser Patienten wird das Tuberkulosepersonal jeweils anschließend an den Tuberkulosedienst verwendet, es ist ihm somit genügend Gelegenheit geboten, sich im Freien in Luft und Sonne zu erholen. Nach dem 8-tägigen Gartendienst erfolgt die Verwendung für den gewöhnlichen Abteilungsdienst für 6—8 Wochen, und erst danach schließt sich wieder ein 14-tägiger Tuberkuloseabteilungsdienst an.

Für die Unterkunft des Pflegepersonals stehen nach Möglichkeit helle und ruhig gelegene Zimmer zur Verfügung, deren einwandfreie hygienische Beschaffenheit der Abteilungsarzt zweimal im Jahre zu prüfen hat.

Jedem Pfleger(in) wird beim Antritt des Dienstes auf der Tuberkuloseabteilung ein Merkblatt über die Gefahr der Infektion mit

Tuberkulose, die der Dienst auf der Abteilung mit sich bringt, überreicht. Der Abteilungsarzt hält durch entsprechende Belehrung das Personal über zweckmäßiges Verhalten bei den im Tuberkulosepflegedienst zu verrichtenden Arbeiten auf dem laufenden und macht das Personal auf besonders ansteckungsfähige Kranke aufmerksam.

Die Dauer des Dienstes auf den Abteilungen soll in der Regel nicht länger als ein Jahr betragen. Beim Ausscheiden aus dem Sonderdienst erfolgt nochmals eine genaue Untersuchung des Personals, bevor dieses in den gewöhnlichen Anstaltsabteilungsdienst übertritt. Es ist schon vorgekommen, daß Versetzungen aus dem Tuberkulosepflegedienst nach gewöhnlichen Anstaltsabteilungen sehr unliebsam vom Personal aufgenommen worden sind, ein Zeichen, daß das Personal sich bei Einhaltung der ergangenen Vorschriften und Maßnahmen sicher fühlt und Erkrankungen durch Dienstinfektion — die hier erfahrungsgemäß kaum vorkommen — nicht gefürchtet werden.

Dem Personal ist genügend Gelegenheit gegeben, sich während des Dienstes zu desinfizieren, vor allen Dingen zur Händedesinfektion. Zu diesem Zweck steht eine Formaldehydseifenlösung oder Sublimatlösung zur Verfügung.

Essen auf der Abteilung ist strengstens untersagt. Auf peinlichste Sauberkeit auf der Abteilung wird geachtet. Verunreinigungen durch Exkremente der Kranken werden sofort mit Desinfizentien beseitigt. Boden, Tische, Stühle, Nachtstühle, Klosetts und Spucknäpfe werden täglich mit Kresolseifenlösung desinfiziert, der Boden täglich damit aufgezogen. An Bettwäsche wird keinesfalls gespart, nach Bedarf wird diese auch zwei- oder gar mehrmals im Tage gewechselt. Die Wände werden alle acht Tage bis zur Reichweite mit Seifenlösung abgewaschen. Die Betten werden nie geklopft, sondern mit einem Abteilungsstaubsauger entstaubt und öfters der Besonnung ausgesetzt. Gebrauchsgegenstände, die mit den Kranken in Berührung kamen, wie Geschirr usw. bleiben auf der Abteilung und werden dort gereinigt. Jede Abteilung besitzt eine Küche, die innerhalb der Abteilung liegt. Die gebrauchte Wäsche liegt zuerst 12 Stunden in Kresolseifenlösung, wird dann auf der Abteilung noch grob gewaschen, wird sodann in Tücher eingeschlagen, nach der Waschküche gefahren und mit den Umschlagtüchern in besonderen Kesseln eine Stunde mit Schmierseifenlösung gekocht. Durch Einhaltung dieser Vorsichtsmaßregeln haben wir es an der hiesigen Anstalt erreicht, daß trotz der „besonderen Gefährdung" der Prozentsatz der im Dienst mit Tuberkulose infizierten Pflegepersonen ein äußerst niederer bleibt und den bei der Allgemeinbevölkerung festgestellten kaum übersteigen wird.

Für das Personal auf der Dauerausscheiderabteilung sind dieselben Vorsichtsmaßnahmen getroffen, soweit diese für diese Abteilung Geltung besitzen. Hinzukommt noch die Typhusschutzimpfung vor Dienstantritt. Ein schädigender Einfluß derselben wurde bisher nicht festgestellt. Die leichten, rasch vorübergehenden Beschwerden nach der Impfung sind hinreichend bekannt. Für die erstmalig schutzgeimpften erfolgt der Dienstantritt auf der Bazillenträgerstation erst nach einigen Wochen, nach Ablauf der sogenannten „negativen Phase" der Schutzimpfung. Die Impfung mit dem von den Höchster Farbwerken bezogenen Typhusimmunimpfstoff geschieht dreimal in achttägigen Abständen mit intramuskulär (M. pectoralis) gegebenen Dosen von je 0,5 bei der ersten und zweiten, von je 1 ccm bei der dritten Impfung. Dazu kommt nochmals die bakteriologische Untersuchung von Stuhl und Urin. Diese findet während des Dienstes in gewissen Zwischenräumen immer wieder statt, während die Schutzimpfung regelmäßig halbjährlich wiederholt wird. Die Typhusschutzimpfung hat sich bisher bestens bewährt. Wie an anderer Stelle schon betont, hat die prophylaktische Impfung sicherlich mit dazubeigetragen, daß auf der Abteilung seit dem Bestehen (1923) keine Infektion unter dem Personal vorgekommen ist.

Um für etwaige Fälle genügend schutzgeimpftes Personal in Reserve zu haben, wird ein gewisser Teil des auf den sonstigen Abteilungen beschäftigten Personals ebenfalls gegen Typhus immungeimpft. Neuerdings wird die Impfung des gesamten Anstaltspersonals — von einigen Seiten sogar die des Gesamtkrankenbestandes — empfohlen. An der hiesigen Anstalt hat man bisher von der Allgemeinimpfung Abstand genommen, da die Erfahrungen der bisher bestehenden Schutzmaßnahmen zufriedenstellend sind.

Zur Amenorrhoe schizophrener Frauen.

Von Dr. G. **Overhamm**-Emmendingen.

Störungen der Menstruation im Sinne einer Cessatio Mensium sind in psychiatrischen Anstalten bekanntlich am häufigsten bei der Schizophrenie zu beobachten. In der Mehrzahl der Fälle entwickelt sich die Amenorrhoe im Verlaufe der Psychose langsam aus einem Vorstadium verschiedenartigster Menstruationsunregelmäßigkeiten und dauert an oder verschwindet unabhängig von den wechselnden psy-

chischen Zustandsbildern. Hin und wieder jedoch läßt sich eine feste Relation zwischen Psychose und Menses nachweisen, insofern nämlich, als die Monatsblutungen mit dem Auftreten der ersten psychischen Krankheitszeichen sistieren und kurz vor Beginn der Remission wieder erscheinen. Das Publikum pflegt in solchen Fällen Ursache und Folge zu verwechseln, faßt das Ausbleiben der Regel als Causa Morbi auf und erhofft beim nächsten schizophrenen Schub der betreffenden Kranken von der Beseitigung der Amenorrhoe die Heilung der Psychose. Es erschien uns nicht uninteressant, in Verfolgung dieses häufiger konstatierten Gedankenganges der Laienwelt an unserem Material die Frage nachzuprüfen, ob eine Beeinflussung der Amenorrhoe möglich sei und gegebenenfalls, ob die Wiederkehr der Menses irgendwelchen Einfluß auf die Psychose habe.

Zu diesem Zweck suchten wir aus unserem Material alle seit mindestens ¼ Jahr amenorrhoischen, schizophrenen Frauen zwischen 20 und 40 Jahren mit praemorbider, normaler Menstruationsanamnese aus und unterzogen sie einer genauen gynäkologischen Untersuchung. Die übrig bleibenden 11 Fälle mit normalem Genitalbefund wurden längere Zeit mit einem Ovarialpräparat behandelt. Wir wählten das „Panhormon" der Firma Henning, welches das isolierte wirksame Prinzip des Ovariums in wasserlöslicher Form enthält, mit Hilfe des Allan-Doisy-Tests standardisiert ist und in Ampullen zu je 20 Mäuseeinheiten geliefert wird. Für jeden der 11 Fälle wurde eine Serie von 35 intramuskulären Injektionen vorgesehen. Die ersten drei Spritzen wurden auf eine Woche verteilt. Von der zweiten Woche ab wurde täglich injiziert. Falls eine menstruelle Blutung auftrat, wurde das Präparat abgesetzt. Wir lassen die elf Protokolle kurz folgen:

1. K. N., 25jährig: Normale Entwicklung. Dienstmädchen. 1922 erkrankt. Hypochondrische Klagen, Verwirrtheits- und Erregungszustände, Stupor. In den nächsten Jahren mehrfache Schübe. Jeweils ausgezeichnete Remissionen. Hier aufgenommen 4. 1. 29. Reizbar, ablehnend, ängstlich, verstört. Diagnose: Schizophrenie. Menses früher regelmäßig, in den einzelnen Schüben sistiert. Hier seit der Aufnahme amenorrhoisch. Uterus anteflektiert, vertiert, normal groß. Adnexe nicht verdickt. Leidlicher Ernährungszustand. Panhormon-Behandlung ab 11. 5. 29 wie angegeben. Menses treten nicht auf. Das psychische Bild bleibt unverändert.

2. A. K., 29jährig: Schlechte Schülerin, stilles Kind. Dienstmädchen. Psychisch krank seit September 1920. Schwermütig, mißtrauisch, erregt. Verfolgungsideen und Angstzustände. Hier eingeliefert August 1925. Gespannt, häufig triebhaft erregt, autistisch, negativistisch. Diagnose: Katatonie. Menses früher regelmäßig. Im Jahre 1927 zuletzt menstruiert. Genitale ohne krankhaften Befund. Körperlich schwächlich. Einleitung der Panhormon-Behandlung am 2. 5. 29 wie angegeben. Nach der 7. Spritze viertägige mittelstarke menstruelle Blutung. Psy-

chisch ganz unverändert. Das Präparat wird abgesetzt. Vier Wochen später spontane Menses.

3. A. Gr., 25jährig: Normale Entwicklung, Dienstmädchen. Erkrankt im September 1925. Läppisch-heiter, interesselos für die Umgebung, halluziniert, maniriert. Gute Remission. Im Juli 1927 neuer Schub mit schwerem Tobsuchtsanfall. Aufnahme in die hiesige Anstalt hm 25. 7. 27. Zerfahren, albern, später erregt, gewalttätig. Allmählich ruhiger. Diagnose: Schizophrenie. Menarche mit 14 Jahren. Menses immer regelmäßig. Letzte Blutung August 1928. Ausgezeichneter Ernährungszustand. Genitale normal. Panhormon-Behandlung ab 2. 5. 29 wie angegeben. Menses treten nicht auf. Das psychische Verhalten ändert sich nicht.

4. E. R., 37jährig: Normale Entwicklung. Arbeiterin. Erkrankt Ende 1920. Religiöse Wahnideen. Seit Februar 1927 in psychiatrischer Behandlung. Unruhig, unzugänglich, negativistisch. Hierher überführt am 21. 6. 22. Autistisch, stumpf. Ständig im Dauerbad, weil extrem unsauber. Diagnose: Katatonie. Menarche mit 13 Jahren. Menses früher immer regelmäßig. Hier in den letzten Jahren nur selten menstruiert. Seit Januar 1929 völlig amenorrhoisch. Genitale ohne tastbare Veränderungen. Körperlich reduziert. Panhormon-Behandlung ab 2. 5. 29 wie angegeben. Nach der 34. Spritze mittelstarke dreitägige Blutung, begleitet von einem ungewöhnlich heftigen Erregungszustand.

5. F. W., 25jährig: Gute Schülerin. Dienstmädchen, Klosternovize. Mai 1927 Ausbruch einer akuten Katatonie. Hier eingeliefert am 14. 8. 27. Gesperrt, inkohärent. Sinnestäuschungen, Wahnideen. Zuletzt stumpf, teilnahmslos, abweisend, störrisch. Menses früher regelmäßig, Amenorrhoe seit Dezember 1927. Uterus in Mittelstellung, beweglich, normal groß, Adnexe o. B. Körperlich gut genährt. Panhormon-Behandlung ab 2. 5. Keine Menses, keine Änderung des psychischen Verhaltens.

6. K. W., 31jährig: Dienstmädchen. Erkrankungsbeginn Mai 1922 mit religiösen Wahnideen. Seither in psychiatrischer Behandlung. Halluziniert. Starr im Bett. Ab und zu erregt und gewalttätig. Hierher überführt im August 1922. Wechsel zwischen Stupor und Erregung. Unansprechbar. Diagnose: Katatonie. Menses früher regelmäßig. Hier sehr selten aufgetreten. Völlige Amenorrhoe seit Januar 1929. Genitale ohne pathologischen Befund. Leidlicher Allgemeinzustand. Panhormon-Behandlung ab 11. 5. 29. Nach der 25. Spritze dreitägige menstruelle Blutung bei völlig gleichbleibendem psychischen Verhalten.

7. H. F., 20jährig: Einlieferung in die Freiburger Klinik Oktober 1928. Verschlossen, ängstlich, abweisend, gespannt. Stereotypieen und Beziehungsideen. Hier aufgenommen 15. 1. 29. Gesperrt, spricht nicht, ißt schlecht. Diagnose: Katatonie. Menses früher regelmäßig. Hier amenorrhoisch. Normales Genitale. Körperlich ausgezeichnet genährt. Panhormon-Behandlung ab 11. 5. ohne Erfolg.

8. E. S., 27jährig: Schlechte Schülerin. Debil. Landarbeiterin. Erkrankt Juli 1928. Suicidversuch, Beziehungsideen, Halluzinationen. Hier aufgenommen am 26. 9. 28. Affektlabil, leer, ruhig. Am 24. 11. 28 gebessert entlassen. 10. 2. 29 wieder aufgenommen, da ratlos und ängstlich. Jetzt stumpf, regelmäßig beschäftigt. Diagnose: Pfropfschizophrenie. Menses früher regelmäßig. Hier amenorrhoisch. Uterus ein

wenig klein, spitz anteflektiert. Adnexe o. B. Ausgezeichneter Allgemeinzustand. Panhormon-Behandlung ab 11. 5. Nach der 16. Spritze dreitägige menstruelle Blutung ohne Änderung der Psyche. Das Präparat wird abgesetzt. 29 Tage später spontane Menses bei gleichbleibendem psychischen Verhalten.

9. A. Sch., 21jährig: Gute Schülerin. Kaufmännische Angestellte. Erkrankungsbeginn im Oktober 1927. Patientin wurde reizbar, appetitlos, wollte nicht mehr unter die Leute. Verwirrtheitszustände. Klinikaufnahme. Dort Halluzinationen, Wahnideen depressiver Färbung. Zunehmender Stupor. Hierher überführt am 22. 1. 29. Liegt oder sitzt seither zusammengesunken da. Spricht nicht. Unzugänglich. Diagnose: Katatonie. Menses früher regelmäßig. Hier amenorrhoisch. Genitale o. B. Körperlich reduziert. Panhormon-Behandlung ab 11. 5. wie angegeben. Kein Erfolg.

10. G. B., 23jährig: Oktober 1923 mit Versündigungsideen erkrankt und in die Freiburger Klinik aufgenommen. Dort erregt, gewalttätig, autistisch, stuporös. Gute Remission. Anfang 1928 neuer Schub. Ekstatische Erregung. Befehlsautomatie, mystisch verworrene Ideen. Hierher überführt am 29. 3. 28. Verwirrt, unzugänglich, schließlich läppisch-heiter, ungeordnet, verblödet. Diagnose: Schizophrenie. Menses früher regelmäßig. Hier amenorrhoisch. Genitale normal. Leidlich genährt. Beginn der Panhormon-Behandlung am 11. 5. ohne Erfolg.

11. L. W., 33jährig: Früh entwickelt, sensitives Kind. Besonders begabt für Musik und Sprachen. Bildete sich auf dem Karlsruher Konservatorium zur Musiklehrerin aus. Knüpfte dann Beziehungen mit einem Psychopathen an. Heimliche Verlobung gegen den Willen der Eltern. Bruch des Verhältnisses. Im Sommer 1927 erstmalig schwere Erregungszustände. Vom Juli—Oktober des gleichen Jahres in Anstaltsbehandlung. Dann Musiklehrerin in einem Kloster. Erneute Erregung. Selbstmordversuch. Hier aufgenommen am 4. 2. 28. Zunächst läppisch-ironisierend. Später Halluzinationen und Erregungszustände. Ausgezeichnete Selbstanalyse in Briefen. Dann rasche Verblödung. Diagnose: Schizophrenie mit hebephrenen Zügen. Menarche mit 13 Jahren. Immer regelmäßig menstruiert. Hier Menses sehr unregelmäßig. Seit Juli 1928 total amenorrhoisch. Uterus mobil retroflektiert, leicht aufzurichten, normal groß. Adnexe nicht verdickt. Mäßiger Allgemeinzustand. Einleitung der Panhormon-Behandlung am 2. 5. 29. Nach der 6. Spritze viertägige mittelstarke Blutung. Das Präparat wird abgesetzt. Eine leichte psychische Besserung, die sich zeigt, war schon zu Beginn der Behandlung angebahnt. Genau 28 Tage später spontane Menses. Psychisch wieder der alte Stupor.

Es ergibt sich, daß von elf amenorrhoischen Schizophrenen fünf Fälle auf das zugeführte Ovarialhormon mit menstruellen Blutungen reagiert haben. Von diesen fünf Frauen zeigten vier keine deutliche Änderung des psychischen Verhaltens. In einem Falle wurde das Auftreten der Menses von einem schweren Erregungszustand begleitet. Die Beseitigung des Symptoms Amenorrhoe blieb also im allgemeinen ohne Einfluß auf die Krankheit selbst. Daß die Mehrzahl der Fälle sich dem injizierten Standardpräparat gegenüber refraktär

verhielt, ist vielleicht teilweise auf die Dosierung zurückzuführen. Es seien hier einige Zwischenbemerkungen zum Mechanismus der psychotischen Amenorrhoe gestattet. Die Menstruation ist bekanntlich das Ergebnis eines komplizierten Zusammenspiels hormonaler Faktoren. Vom Hypophysenvorderlappen aus gesteuert, bildet sich im follikulären Apparat zyklisch ein Inkret, das die Vorgänge im Uterus beherrscht. Die Psychose legt nun das endokrine System still und zwar erfolgt das Versiegen der Hormonproduktion unter dem Einfluß der Krankheit teils schlagartig, teils allmählich. Im ersten Fall setzt die Amenorrhoe mit der Psychose ein, im zweiten entwickelt sie sich im Verlauf des Leidens. Wir zielten nun bei unseren Versuchen darauf ab, die bei unseren Patientinnen gradatim erloschene Sexualfunktion durch ein langsames Heben des Hormonspiegels zu reaktivieren, in der Meinung, es sei nur ein mehr weniger großes Defizit zu decken. Zu diesem Zweck verwandten wir ein relativ niedrig eingestelltes Präparat und verzichteten zunächst auf solch hohe Dosen, wie sie bei Kastrationsamenorrhoen empfohlen werden. Das Ergebnis zeigt, daß die psychotische Lähmung des Systems Hypophyse-Ovarium-Uterus auch dann noch Tiefenunterschiede aufweist, wenn sie bis zur Amenorrhoe vorgeschritten ist. Im einen Falle reagierte der Organismus auf eine, in den angegebenen Grenzen gehaltene Zufuhr von Ovarialhormon überhaupt nicht, im zweiten resultierte eine einmalige Blutung und im dritten wirkte das injizierte Substitut gleichzeitig als Reiz, der das System vorübergehend wieder in Gang setzte: Die nächste Menstruation erfolgte spontan. Diese jeweilige Reaktion wurde weder von der Krankheitsdauer noch von der Art des klinischen Bildes gesetzmäßig bestimmt. Daß auch ganz alte Fälle auf das Präparat ansprachen, überrascht nicht. Es ist ja seit langem bekannt, daß bei amenorrhoischen Schizophrenien, namentlich bei solchen mit katatoner Verlaufsform, die Menses häufig dann wieder einsetzen, wenn die Fälle stumpf verblöden. Das endokrine System nimmt also im Endstadium der Psychose seine Funktion wieder auf. In Parallele dazu scheint in gewissen amenorrhoischen Fällen nahe dem Ausgang die psychotische Lähmung zurückzugehen: Die Injektion von Ovarialhormon wird mit menstruellen Blutungen beantwortet. Die Tatsache übrigens, daß gleichzeitig mit dem spontanen Wiedererscheinen der Menses bei der definitiven Verblödung das Gewicht anzusteigen pflegt, könnte dazu verleiten, die psychotische Amenorrhoe wenigstens teilweise für identisch mit dem Menstruationsausfall in schweren körperlichen Erschöpfungszuständen zu halten. Gewiß handelt es sich bei manchen chronischen, an Erregungszuständen leidenden Fällen, die

mit Amenorrhoe einhergehen, um armselige Geschöpfe. Andererseits findet sich die psychotische Amenorrhoe so häufig bei ausreichend genährten Frauen, daß eine spezifische Bedingtheit angenommen werden muß. Versuche, den aufgezeigten Fragekomplex mit Hilfe massiver Dosen von Ovarial- und Hypophysenvorderlappenpräparaten zu klären, sind unsererseits im Gange.

Aus der Verwaltungs-Praxis der Heil- und Pflegeanstalt Emmendingen.

Von Oberrechnungsrat **Otto Waßmer**, Anstaltsverwalter in Emmendingen.

Wenn man heute, da die Anstalt Emmendingen das vierte Dezennium ihres Bestehens vollendet, rückschauend die Anstalts-Vergangenheit nochmals im Geiste an sich vorüberziehen läßt, so darf man dabei wohl auch der vielgestaltigen und mühevollen Verwaltungsarbeit gedenken, welche in diesen langen Jahren — von den meisten vielleicht kaum beachtet — geleistet wurde. Diese Tätigkeit konnte in den ersten 25 Jahren gleichmäßig und ungestört sich entfalten. Es wurde anders mit Ausbruch des Weltkrieges im Jahre 1914. Damals begann auch für unsere Anstalt ein Ausnahme-Zustand von unerwarteter Dauer, welcher je länger je mehr insbesondere der Verwaltung zwangläufig Aufgaben und Anforderungen von bis dahin ungeahnter Größe und Schwierigkeit auferlegte.

Abgesehen vom empfindlichen Personalmangel als Folge der Einberufungen zum Heeresdienst steigerten die letzten Kriegsjahre und auch noch die erste Nachkriegszeit die Not bis zum Äußersten, so daß schließlich kaum mehr von einer geordneten Verwaltungstätigkeit die Rede sein konnte. Die der Anstalt vom Kommunalverband überwiesenen Lebensmittel reichten auf die Dauer nicht mehr aus, um den Insassen auch nur das Existenz-Minimum zu gewährleisten. Die Zufuhren an Brennmaterial versiegten. Der Bedarf an Anstaltskleidung und Wäsche blieb ungedeckt. Infolge der auferlegten Entbehrungen ging die Zahl unserer Kranken von 1263 zu Ende des Jahres 1913 bis zum Frühjahr 1920 auf 780 zurück. Von der Not jener Jahre geben viele hundert Grabstätten auf unserem Anstaltsfriedhof ein beredtes Zeugnis.

Mancher, der diese böse Zeit, sei es in unserer, sei es in einer ähnlichen großen Krankenanstalt miterlebt und vielleicht zuvor den

Nutzen einer einwandfrei funktionierenden Verwaltungsarbeit für den Gesamt-Mechanismus der Anstalt weniger hoch angeschlagen hat, dürfte in letzterer Hinsicht anderer Meinung geworden sein, da er erfahren mußte, welche tiefwirkenden Schädigungen das Stocken des Verwaltungsapparates, wie es damals die äußeren Umstände erzwungen haben, hervorrief.

Als dann der Krieg zum bitteren Ende gekommen war und sich die Strudel, welche den Zusammenbruch unseres alten Staatswesens begleiteten, einigermaßen geglättet hatten, wagte man zu hoffen, daß nunmehr die Zeit ungestörter Aufbau- und Friedensarbeit gekommen sei. Die Lage besserte sich zusehends, es gelangten insbesondere Lebensmittel und Kohlen in ausreichender Menge in den Besitz der Anstalt. Das Frieren und Hungern unserer Patienten hatte ein Ende. Da verdüsterte sich mit dem rapiden Sinken des Geldwertes der Himmel von neuem und es brach mit der Inflationsherrschaft abermals eine Sturm- und Drangperiode — doch diesmal von anderer Art — über die Anstalt herein. Die Anstaltsgeschäfte im geordneten budgetrechtlichen Rahmen zu führen, wurde ein Ding der Unmöglichkeit. Die Verwaltung sah sich bald ausschließlich auf sich selbst gestellt und mußte sehen, wie sie der tagtäglich wechselnden und sich andauernd verschlechternden Marktlage gegenüber Herr werden konnte. Zuletzt im Oktober und November 1923 steigerte sich die Not des Geldmarktes zu unerträglicher Höhe, innerhalb weniger Wochen glitten wir von der Millionen- zur Milliarden- und zuletzt BillionenRechnung und sahen schließlich unsere Währung vollends in Nichts zerstieben.

Wohl wurden unsere Kranken von dieser zweiten Katastrophe weniger berührt, da die Anstalt noch rechtzeitig für genügende Vorräte an Kohlen- und Lebensmitteln gesorgt hatte. Es hatten bekanntlich die Franzosen im Frühjahr 1923 Offenburg und Appenweier besetzt und damit den Bahnverkehr von Süden nach Norden zum Erliegen gebracht. Wir mußten gewärtig sein, daß eines Tages auch Freiburg vom gleichen Schicksal ereilt und so die Anstalt von jeder Zufuhr abgeschnitten werden könnte. Schon aus diesem Grunde hatten wir damals unseren Bedarf an Kohlen und sonstigen Naturalien auf Monate hinaus eingedeckt. Dies kam der Anstalt nun am Ende der Inflation zu statten.

Um so empfindlicher aber sah sich diesmal das Anstalts-Personal betroffen. Die Bezüge reichten zuletzt, da die Berechnung der Zahlungslisten mit dem Sinken des Geldwertes nicht mehr gleichen Schritt zu halten vermochte, nicht einmal mehr dazu aus, auch nur die notwendigsten Lebensmittel — Brot und Kartoffeln — zu kaufen. Die

Anstalt mußte durch Verteilung von Lebensmitteln an die Familien helfend eingreifen.

Als Kuriosa mögen einige Zahlen aus dem Abschluß des Rechnungsjahres 1923 hier Platz finden. Es betrugen

die Einnahmen:		
aus Verpflegungskostenbeiträgen:	139 779 393 640 320 140,54	M.
die sonstigen Einnahmen:	102 946 215 587 931 999,16	„
Insgesamt:	242 725 609 228 252 139,70	„
die Ausgaben:		
Personalaufwand	198 743 080 709 831 824,00	M.
Sachlicher Aufwand	164 409 154 470 436 371,31	„
Insgesamt	363 152 235 180 268 195,31	„

Allein schon das Arbeiten mit derart monströsen Zahlen erschwerte die Geschäftsführung erheblich. Daß die Zahlen außerdem je nach ihrer Entstehungszeit von Monat zu Monat, ja schließlich von Woche zu Woche ganz verschieden in ihrem inneren Wert und unter sich nicht mehr vergleichbar waren, wirkte verwirrend und machte die Buchführung so gut wie illusorisch. Es bedurfte äußerster Kraftanspannung, um bis zuletzt der Lage einigermaßen Herr zu bleiben.

Da brachte zu Ende des Jahres 1923 der erfolgreich einsetzende Wiederaufbau unserer Währung auch für die Anstaltsverwaltung die ersehnte Hilfe und wieder stabilere Verhältnisse. Nun erst kam die Zeit, da man planmäßig Hand ans Werk zu legen vermochte, um nach Möglichkeit die Schäden des vergangenen Jahrzehnts nach und nach zu beseitigen und den Wirtschaftsbetrieb der Anstalt zielbewußt wieder in geordnete Bahnen zu lenken.

Bald jedoch mußte die Anstaltsleitung erkennen, daß sie sich im Vergleich zur Vorkriegszeit vor eine wesentlich veränderte Situation gestellt sah. Die allgemeine wirtschaftliche Lage war eine andere geworden. Staat und Volk waren verarmt. Die den Feinden zu leistenden Tributzahlungen erzwangen eine starke Einschränkung des staatlichen Aufwandes. Die Folge war eine empfindliche Schmälerung der uns zum sachlichen Anstaltsaufwand zur Verfügung gestellten Mittel. Die Materialpreise waren aber durchweg höher und betrugen zum Teil das Zwei- und Dreifache des Friedenspreises. Die veränderten Zeitverhältnisse und die Befriedigung der Forderungen des Personals hinsichtlich Verkürzung der Arbeitszeit und Verbesserung der Lohnhöhe durch die Regierung sowie die vielfach veränderte psychische Einstellung der Beamten und Arbeiter gegenüber den Anforderungen des Dienstes erhöhten bis heute fortdauernd den Personalaufwand der Anstalt derart, daß er alle Einnahmen zu verschlingen droht, ohne daß der

Anstalt die Möglichkeit gegeben ist, hieran etwas zu ändern. Hiermit divergierend standen auf der andern Zeite unabweisbare Forderungen: Die während eines Jahrzehnts ins Stocken geratene Unterhaltung, Verbesserung und zeitgemäße Entwicklung der Anstalt verlangte gebieterisch die Bereitstellung erheblicher Mittel. Die gesamte technische Einrichtung war stark veraltet und seit Jahrzehnten unverändert im Gebrauch. Sie wirkte deshalb verteuernd auf den Betrieb. Bei ihrem progressiven Verfall konnte der Ersatz durch neue moderne Typen unmöglich noch lange hinausgeschoben werden. Die Anstaltsleitung mußte also sehen, wie sie in diesem wirtschaftlichen Dilemma zurecht kam. Sie mußte versuchen, mit den stark verringerten Mitteln gleichwohl so zu haushalten, daß nicht nur der laufende Bedarf gedeckt, sondern auch noch Kosten der einen und anderen Betriebsverbesserung daraus bestritten werden konnten. Daneben mußte das Augenmerk darauf gerichtet werden, durch rationelle Wirtschaftsführung bei allen Betriebszweigen zu sparen. Und es darf gleich vorweg festgestellt werden, daß die Anstalt auf diesem Weg in den letzten fünf Jahren nicht erfolglos gearbeitet hat.

Hinsichtlich Deckung des personellen Mehraufwandes freilich gab es nur eine Möglichkeit: Einer jeweiligen allgemeinen Erhöhung der Gehälter oder der durch den Lohntarif des Gemeinde- und Staatsarbeiterverbandes festgelegten Löhne mußte regelmäßig eine entsprechende Erhöhung der Verpflegungskostenbeiträge folgen, mit dem Endergebnis freilich, daß heute bald niemand mehr imstande ist, diese Sätze zu tragen. Unter rund 1250 Patienten finden sich knapp noch 200 Selbstzahler.

Zur besseren Veranschaulichung des Gesagten und ehe wir zu weiteren Einzelheiten übergehen, wollen wir zunächst die wichtigsten Abschlußzahlen des ordentlichen Etats unserer Anstalt aus den Jahren 1924 und 1928 jenen des letzten Friedensjahres 1913 gegenüberstellen:

	1913		1924		1928	
	absolut M.	%	absolut M.	%	absolut M.	%
Personalaufwand ..	542 933	33	800 777	54	1 272 045	60
Sachlicher Aufwand	1 079 362	67	694 340	46	850 167	40
Gesamtaufwand ...	1 622 295	100	1 495 117	100	2 122 212	100
Einnahmen	1 276 317	79	1 143 954	76	1 778 205	84
Ungedeckter Aufwand (Staatszuschuß)	345 978	21	351 163	24	344 007	16

Berechnen wir hieraus die für den einzelnen Kranken je Pflegetag entfallenden Beträge (1913 waren es 506 161 Pflegetage, 1924 deren 394 646 und 1928 deren 443 710), so ergeben sich für die wirtschaftliche Betriebsführung der fraglichen drei Jahre folgende Durchschnittszahlen:

	1913	1924	1928
Personalaufwand	1 M. 07 Pfg.	2 M. 02 Pfg.	2 M. 86 Pfg.
Sachlicher Aufwand	2 „ 13 „	1 „ 76 „	1 „ 92 „
Gesamtaufwand	3 M. 20 Pfg.	3 M. 78 Pfg.	4 M. 78 Pfg.
Einnahmen	2 „ 52 „	2 „ 90 „	4 „ — „
Ungedeckter Aufwand	— M. 68 Pfg.	— M. 88 Pfg.	— M. 78 Pfg.
und somit jährlicher Staatszuschuß für einen Kranken	248 M. 20 Pfg.	321 M. 20 Pfg.	284 M. 70 Pfg.

Beim Vergleichen dieser Zahlen fällt sofort das enorme Wachstum des persönlichen Aufwands ins Auge. Beansprucht er doch heute mehr wie das Doppelte und im Verhältnis zur Einheit des Pflegetages fast das Dreifache wie in der Vorkriegszeit. Das Verhältnis zwischen Personal- und sachlichem Aufwand ist gegenseitig vertauscht. Ersterer nimmt anstatt einem Drittel derzeit nahezu zwei Drittel der Gesamtausgabe für sich in Beschlag. Der sachliche Aufwand hatte vor dem Kriege zwei Drittel der Gesamtausgabe für sich beansprucht, heute muß er sich mit einem Drittel bescheiden. Letzterem Umstand im Verein mit der Verdoppelung der Verpflegungskostenbeiträge (1913: 707 000 M.; 1924: 874 000 M.; 1926: 1 218 000 M.; 1928: 1 439 000 M.) ist es zu verdanken, wenn der Betrag, den der Staat jährlich als Zuschuß zu den laufenden Betriebskosten zu leisten hat, noch genau auf gleicher Höhe sich halten konnte wie vor dem Kriege. Er ist sogar als erheblich geringer anzusprechen, wenn man den gesunkenen Geldwert in Betracht zieht. Von 21% im Jahre 1913 ist er auf 16% der Gesamtausgabe des Jahres 1928 zurückgegangen.

Von Interesse ist in diesem Zusammenhang vielleicht eine Gegenüberstellung der Entlohnungsverhältnisse des beamteten Personals einschließlich des gesamten Pflegepersonals — auch soweit es heute dem sogenannten Spezialtarif unterworfen ist — auf der einen Seite, und jener des Arbeiterpersonals, soweit es heute dem Lohntarif untersteht, andererseits. Die Gesamtbezüge der ersten Gruppe betrugen:

1913:	456 445 M.
1928:	943 892 M.
Zunahme:	487 447 M.

Jene dagegen der zweiten Gruppe:

1913:	58 187 M.
1928:	203 973 M.
Zunahme:	145 786 M.

Der Aufwand für die erste Gruppe hat sich verdoppelt, jener der zweiten Gruppe vervierfacht. Der Durchschnittsbetrag pro Kopf ist bei der Gruppe I von etwa 1 550 M. auf 2 750 M., jener der Gruppe II von etwa 850 M. auf 2 460 M. gestiegen. Der Lohntarif hat sich also zugunsten unserer Arbeiterschaft zweifellos bewährt. Nicht berücksichtigt sind dabei die Leistungen der Anstalt für die sozialen Versicherungen. Sie betrugen 1913: 2762 M., dagegen 1928: 56 287 M. Diese Steigerung rührt neben der allgemeinen Erhöhung der Beiträge zum Teil daher, daß das Pflegepersonal früher im Beamtenverhältnis und versicherungsfrei war, heute aber zu einem erheblichen Teil nach dem Sondertarif entlohnt wird und dadurch versicherungspflichtig geworden ist. Neu hinzugekommen sind auch die Leistungen zur Erwerbslosenfürsorge, welche z. Zt. 12 100 M. jährlich betragen.

Wie schon erwähnt, mußte die Anstalt ihre Wirtschaftsführung den veränderten Zeitverhältnissen anzupassen suchen, um ihren Sachbedarf trotz der verringerten Mittel doch noch insoweit finanzieren zu können, daß die Interessen der Kranken dabei nicht notzuleiden brauchten. Auf alle hierhin zielenden Maßnahmen können wir nicht eingehen. Es dürfte genügen, einiges Wesentliche zu berühren.

Und zwar war es zunächst ein Problem, das ursprünglich mehr das ärztliche Gebiet tangierte, welches aber bei seiner Ausführung auch die Finanzgebahrung der Anstalt günstig zu beeinflussen vermochte. Wir meinen damit den Umbau mehrerer Zellenabteilungen und die damit verbundene Umstellung der beiden sogenannten Zentralbauten auf einen neuzeitlichen klinischen Betrieb, worüber die ebenfalls in vorliegendem Heft befindliche Abhandlung von Anstaltsdirektor Dr. *Mathes* eingehender berichtet. Durch diesen Umbau wurde die Belegungsfähigkeit unserer Anstalt, die durch Einrichtung von Notwohnungen und Zimmern für das Personal fühlbar herabgemindert worden war, wieder von 1100 auf 1300 Betten gesteigert, ohne daß dadurch eine Personalvermehrung notwendig wurde. Durch letzteren Umstand ward auf die Dauer eine Mehreinnahme erzielt, welche den mit der Höherbelegung verbundenen Mehraufwand nicht unerheblich übersteigt, so daß dadurch das Zuschußbedürfnis der Anstalt eine fühlbare Entlastung erfuhr.

In außergewöhnlichen Zeiten ist ein rein von bürokratischen

Maximen beherrschter Wirtschaftsbetrieb wenig dazu angetan, sich fruchtbar zu entwickeln. Daß der Krieg und die nachfolgende Inflations-Periode manche früher vorhandenen, die Bewegungsfreiheit in der Haushaltsführung einengenden Vorschriften gelockert oder ganz beseitigt hatten, kam der Anstalt in ihren Bestrebungen zustatten. Sie konnte umso eher der dringlichen Forderung nach einer mehr kaufmännisch-rationellen Handhabung der Verwaltung Raum geben.

So war es vor dem Kriege wohl allenthalben in öffentlichen Krankenanstalten üblich, größere Lieferungen auf Grund eines öffentlichen Ausschreibens zu vergeben. Dieses Verfahren barg aber verschiedentliche Mängel in sich. Unter anderem erforderte seine Abwicklung eine ziemliche Spanne Zeit und war mit viel Schreiberei verbunden. Ferner rief es eine unnötig große Anzahl Firmen auf den Plan, wobei leicht auch solche mit unterlaufen konnten, welche durch skrupelloses Unterbieten die Aufträge an sich zu reißen suchten, um dem darauf Hereinfallenden hinterher schlechte Ware zu liefern. Insbesondere aber ist es unmöglich, bei Anwendung dieses schwerfälligen Verfahrens in Zeiten wechselnder Preisgestaltung die Konjunktur des Warenmarktes auszunützen.

Der Kriegsausbruch und die Währungs- und Marktverhältnisse der darauf folgenden Jahre machten dieser schematischen Ankaufsmethode ein Ende. Die Notwendigkeit, sparsam hauszuhalten, führte zwangsläufig in fast allen größeren Krankenanstalten dazu, das Beschaffungswesen mehr und mehr den rationellen und beweglicheren Formen des Handels anzupasssen. Damit war dieses ähnlich wie im privatwirtschaftlichen Großbetrieb zu einem wichtigen Spezialgebiet geworden, dessen Bearbeitung, wenn sie von Erfolg begleitet sein sollte, in einer Hand zusammengefaßt bleiben mußte. Dieser Entwicklung konnte sich auch unsere Anstalt nicht entziehen. Auch sie mußte darnach trachten, die ihr von der Regierung zur Verfügung gestellten Kredite so zu verwenden, daß daraus der höchstmögliche Nutzeffekt für ihren Haushalt herausgeholt werden konnte. Deshalb ließ sie die dem zünftigen Kaufmann längst bekannte Regel: „Im Einkauf liegt der Gewinn" sich ebenfalls zur Richtschnur dienen, und zwar — dies darf wohl gesagt werden — mit gutem Erfolg. Es gelang, den Bedarf unter Ausnutzung der Konjunktur und der Konkurrenz Jahr für Jahr derart vorteilhaft einzudecken, daß wir dabei wesentliche Ersparnisse zu erzielen vermochten. Nur so konnte der gesamte sachliche Aufwand einschließlich des Bedarfs der Gutswirtschaft und der zahlreichen gewerklichen Eigenbetriebe in einer allen Bedürfnissen genügenden Weise und mit einem Betrage bestritten werden, der trotz des gesunke-

nen Geldwertes hinter dem Friedensaufwand nicht unerheblich zurückblieb.

Freilich erweiterte diese veränderte Form der Bedarfseindeckung die dienstlichen Aufgaben des Anstaltsverwalters wesentlich und erhöhte auch besonders den Grad seiner Verantwortlichkeit. Große Summen staatlicher Gelder sind ihm anvertraut, und seiner mehr oder weniger guten Dispositionsfähigkeit wird ein mehr oder minder gutes Endergebnis des Anstaltshaushalts entsprechen. Um geschäftlich gut abzuschneiden, muß er über die Verhältnisse auf dem Warenmarkt so weitgehend unterrichtet sein, daß auch bei Wahrung aller Qualitätsanforderungen jeder größere Einkauf ausnahmslos preiswürdig getätigt wird. Dazu bedarf es einer andauernden Beobachtung der allgemeinen Konjunktur sowie der speziellen Preisschwankungen bei den wichtigeren Warenartikeln, genauer Kenntnis ihrer Qualitätsunterschiede und auch der Handelsgewohnheiten. Dazu gehört ferner die Verfolgung der Saatenstands-, Ernte- und Warenbörsenberichte in Tages- und Fachzeitschriften wie auch die Verwertung eines jeden Besuches der Firmenvertreter zu manchmal recht wertvoller Information.

Die Eindeckung größeren Bedarfs erfolgt bei stabiler Marktlage gegenwärtig überwiegend im Wege der sogenannten „engeren" Submission, wobei jeweils eine kleine Anzahl als leistungsfähig bekannter Firmen der in Betracht kommenden Branche schriftlich zum Angebot aufgefordert werden. In Sonderfällen erfolgt die Beschaffung auch durch freihändigen Ankauf.

Es unterliegen aber auch heute noch — namentlich auf dem Lebens- und Futtermittelmarkt — die Preise nicht selten unvermutet starken Schwankungen. Hiebei verlangen die Umstände in manchen Fällen, wenn man sich Preisvorteile nicht entgehen lassen will, rasche Entschlüsse, so daß der schriftliche Weg nicht mehr gangbar erscheint. Telefonisch eingeholte Konkurrenz-Angebote bilden dann die Unterlage zum telefonischen Kaufabschluß, dem die schriftliche Bestätigung hinterher folgt.

Es ist nicht immer leicht, den richtigen Zeitpunkt zum Einkauf zu finden und bedarf jedenfalls größter Vorsicht und auch einiger Voraussicht.

Manche Warenpreise heben und senken sich in bestimmten zeitlichen Intervallen. Es wäre wirtschaftlich verkehrt, derartige Vorgänge auf dem Markt unbeachtet zu lassen und ohne Rücksicht darauf rein mechanisch Monat für Monat seinen Bedarf anzuschaffen. Handelt es sich um nicht leicht verderbliche Waren, so geben bei günstiger

Konjunktur zusammengefaßte Beschaffungen, die für einen längeren Zeitraum betätigt werden, der Verwaltung auf dem Markt weit mehr Gewicht und Einfluß, als kleine verteilte Einzelkäufe, und wirken für die Anstalt weiterhin preissenkend. Von Vorteil sind auch größere Abschlüsse auf Abruf, aber immer nur dann, wenn der Abschluß im günstigen Moment erfolgt. Allgemeine Regeln lassen sich hiefür nicht aufstellen. Immer kommt es auf die Zeit-, Sach- und Marktlage dabei an. Alles fließt. Was im vorigen Jahre richtig war, kann in diesem Jahre vollständig verkehrt sein.

Daß die Tendenz, sparsam zu wirtschaften, auch nicht vor Küche, Bäckerei und Schlächterei haltmachen durfte, wird ohne weiteres verständlich, wenn man berücksichtigt, daß die Beköstigung allein mehr wie die Hälfte der Mittel, die zur Befriedigung des sachlichen Aufwands zur Verfügung stehen, für sich in Anspruch nimmt. In der ersten Nachkriegszeit hatte ja die Rücksichtnahme auf sparsames Haushalten etwas in den Hintergrund treten müssen vor der Hauptsorge, den nötigsten Bedarf überhaupt eindecken zu können. So, als der Verfasser gegen Ende des Jahres 1919 sein derzeitiges Amt übernahm und Kisten und Kasten leer vorfand. Damals galt es vorweg, trotz der noch bestehenden Zwangswirtschaft der Unterernährung des noch vorhandenen Restes der Patienten um jeden Preis zu steuern und die Anstalt wenigstens insoweit wieder zu verproviantieren, daß eine ausreichende Verpflegung für die nächstliegende Zeit gesichert erschien, was auch ohne allzugroße Schwierigkeiten gelang. Ebenso durfte man sich während der Inflation durch die scheinbar hohen Preise nicht schrecken lassen, greifbare Ware hereinzunehmen, kam doch dabei die Anstalt stets auf ihre Rechnung, je rascher sie zugriff.

Daß die Kost in den Anstalten vorzeiten, insbesondere was den Fleisch- und Brotkonsum anbelangt, eine sehr reichliche gewesen ist, wird man ohne weiteres zugeben müssen. Es war uns daher von vornherein klar, daß der Gedanke, den status quo ante der einstmaligen, durch die Not der Gegenwart stillschweigend außer Kraft gesetzten Kostordnung wieder herstellen zu können, für weit hinausreichende Zeit auf keine Erfüllung mehr rechnen dürfe. Wir haben aber inzwischen gelernt, daß man auch mit einer weniger reichen Kost, als wie man sie früher für notwendig gehalten hat, wohl bestehen kann. Auch huldigt man auf Grund der während des Kriegs gemachten Erfahrungen in der Neuzeit auf ernährungswissenschaftlichem Gebiet wesentlich veränderten Anschauungen, welche die Pflanzenkost gegenüber der früher einseitig bevorzugten Fleischkost zu ihrem Recht kommen lassen. Diesen modernen Anschauungen konnten auch wir uns nicht

entziehen, und zwar schon deshalb nicht, weil wir bestrebt sein mußten, jeden unnützen Verbrauch von Nahrungsmitteln hintanzuhalten. Denn nur auf solche Weise konnten wir gleichzeitig die erforderlichen Mittel in die Hand bekommen, um trotz aller Anpassung an die Zeitverhältnisse doch eine ausreichende und vollwertige Kost verabreichen zu können. Unter diesem Gesichtspunkt betrachten wir unseren heutigen Fleischkonsum, obwohl er nur wenig mehr wie die Hälfte des Friedensverbrauchs beträgt, als ausreichend. Wir beabsichtigen daher nicht, mit den Schlachtungen noch weiter in die Höhe zu gehen. Zwei Wochentage in der Regel sind für die Patienten III. Klasse fleichlos, was wohl vertreten werden kann. Zudem wird während der kälteren Jahreszeit jede zweite Woche an einem dieser beiden Tage Fischfilet gegeben.

Wollten wir zum Fleischverbrauch im früheren Umfang zurückkehren, wäre dafür ein Mehraufwand von etwa 100 000 M. erforderlich.

Da die Nachtarbeit der Bäckereien gesetzlich verboten ist, mußte die Verabreichung von Brötchen zum Frühstück schon aus diesem Grunde wegfallen. Dafür wird heute ein erheblich helleres Brot hergestellt als wie vor dem Kriege, so daß es auch von empfindlicherem Magen vertragen werden kann. Andererseits haben wir durch Reduzierung der täglichen Brotportionen, welche heute auf der Frauenseite geringer sind als auf der Männerseite, allgemein aber ausreichen, sowie durch genaue Kontrolle des Mehlverbrauchs bei der Verbackung — es dürfen für 1 kg Brot höchstens 733 g Mehl verbraucht werden — ganz erhebliche Mehlmengen ersparen können. Im Vergleich zum Jahre 1913 betrug der Wenigerverbrauch an Mehl — zum Teil auch durch die geringere Zahl der Verpflegungstage verursacht — rund 100 000 kg oder 1000 Doppelzentner (Sack), was einem heutigen Geldwert von etwa 34 000 M. entspricht.

Besonderen Wert legen wir heute auf die Herstellung guter und nahrhafter Suppen. Auch gibt es viel Käse, reichlich Gemüse, Salat, Reis und Hülsenfrüchte, Teigwaren, Eier, gedörrtes Mischobst und Frischobst. Die minderwertigen Nahrungs- und Ersatzmittel der Kriegs- und Nachkriegszeit sind längst alle aus der Küche verschwunden.

Noch immer ist es nicht leicht, täglich annähernd 1400 Menschen ausreichend zu ernähren und zu sättigen. Die schlimmste Zeit aber liegt vermutlich hinter uns. Kostzettel, Menge und Qualität der Nahrung sind heute wieder doch derart, daß weder Personal noch Kranke berechtigten Anlaß zur Klage mehr haben können. Damit sind auch für den Arzt Hindernisse, die zeitweise dessen psychotherapeutische Betätigungsmöglichkeit ernstlich zu gefährden imstande waren, hoffentlich endgültig aus dem Wege geräumt.

Die nachfolgende Gegenüberstellung des Verbrauchs einiger wichtigerer Lebensmittel im Friedensjahr 1913, im Notjahr 1920 und im letztvergangenen Jahr 1928 mag die Richtigkeit des Gesagten belegen. Sie soll auch zeigen, welche enormen Mengen an Lebensmitteln ein großer Anstaltshaushalt erfordert.

Es wurden verbraucht:

	1913	1920	1928
	kg	kg	kg
Ochsenfleisch	31 250	3 258	29 151
Kuh-, Farren-, Kalbfleisch	46 941	1 865	4 962
Schweinefleisch, Dürrfleisch	26 935	1 438	14 569
Amerikanischer Speck usw.	—	6 665	—
Hammelfleisch	—	632	—
Sülz, Gelünge	4 646	376	2 361
Wurst, Schwartenmagen	18 061	3 458	18 872
Insgesamt	127 833	17 692	69 915
Graupen, Gries, Grütze, Haferflocken, Grünkern	11 877	28 297	18 324
Hülsenfrüchte	11 020	43 192	14 395
Reis	3 660	9 227	7 480
Teigwaren	5 605	6 144	15 091
Zucker	26 275	9 298	24 680
Kartoffeln	362 389	271 557	352 054
Kohlrüben	—	41 696	—
Marmelade	—	8 730	—
Butter, Schmalz, Kokosfett	8 025	10 496	15 081
Malzkaffee	9 084	3 684	7 858
Rohkaffee	3 308	917	412
	St.	St.	St.
Eier	124 883	163 629	103 287
	kg	kg	kg
Mehl für Küche u. Bäckerei	256 820	89 114	158 540
Hafermehl für Bäckerei	—	13 268	—
	l	l	l
Milch	305 436	86 192	201 338

Nicht unwesentliche Ersparnisse vermochten wir auch in den Stallungen unseres Gutsbetriebs zu erzielen. Einmal durch Übergang vom früher üblichen sogenannten Abmelkesystem zum reinen Zuchtbetrieb. Von Zeit zu Zeit werden noch zwecks Blutauffrischung einige gute Zuchttiere zugekauft, im übrigen erfolgt die Auffüllung des

Stalles durch eigene Nachzucht. Mastochsen, deren vor dem Kriege stets 30—50 Stück vorhanden waren, werden nicht mehr gehalten. Das nötige Schlachtvieh wird unmittelbar nach dem Ankauf, und ohne daß es zuvor die Stallungen betritt, geschlachtet. Dadurch begegnen wir der Gefahr der Seuchen-Einschleppung und sparen Futter. Auch im Schweinestall sind wir vom Mast- zum Zuchtbetrieb übergegangen. Während vor dem Kriege gegen 550 Tiere mit einem Aufwand von rund 15 000 M. jährlich gekauft wurden, ist heute der gesamte Bestand von ca. 300 Schweinen eigenes Zuchtprodukt, aus dem wir nicht allein jahresüber unseren Schlachtbedarf decken, sondern auch noch durch Verkauf von Zuchttieren gegen 4000 M. jährlich erlösen können.

Gegenüber einem sachlichen Aufwand von ca. 250 000 M. in der Vorkriegszeit brauchen wir heute für unsere Gutswirtschaft noch keine 90 000 M. im Jahr.

Als eine erfolgreiche Sparmaßnahme hat sich auch die Unterstellung des gesamten Anstaltsinventars unter die besondere Aufsicht eines Hausinspektors erwiesen. In den letzten Jahren wurde das Inventar sämtlicher Bauten aufgenommen und für jeden Bau ein Verzeichnis darüber aufgestellt, so daß wieder eine Kontrolle der Bestände, die während des Krieges und in der Nachkriegszeit verloren gegangen war, möglich geworden ist. Möbel und sonstige Gegenstände, die irgendwo in der Anstalt entbehrlich werden, werden in einem Sammel-Magazin vereinigt und daraus neu entstehender Bedarf gedeckt. Dadurch werden unnötige Neuanschaffungen vermieden. Die auf diesem Wege erzielten Ersparnisse lassen sich zahlenmäßig zwar nicht nachweisen, sie sind aber jedenfalls nicht unbedeutend.

Nichts wirkt verteuernder auf einen großen wirtschaftlichen Betrieb, als das Fortbestehenlassen und Mitschleppen veralteter technischer Einrichtungen. Ungeachtet aller entgegenstehenden Schwierigkeiten konnte die Anstalt deshalb unmöglich länger an dem Problem, in allen Betriebszweigen dem technischen Fortschritt Eingang zu verschaffen, vorübergehen, und es wurde während der letzten fünf Jahre unablässig an der Lösung dieser Aufgaben gearbeitet.

Dem verständnisvollen Entgegenkommen von Regierung und Landtag war es zunächst zu verdanken, wenn durch Bereitstellung der erforderlichen Mittel im außerordentlichen Etat zwei größere Projekte, für welche die eigene finanzielle Leistungsfähigkeit der Anstalt nicht stark genug war, zur Ausführung gelangen konnten. Das war einmal die längst geplante, durch den Krieg aber wieder verhinderte Einführung elektrischer Kraft und Beleuchtung, die im Jahre 1926 mit

einem Aufwand von 130 000 M. erfolgte und uns eine jährliche Ersparnis von 10 000 M. an laufenden Betriebskosten gebracht hat. Im laufenden Jahre wurde das zweite Projekt, der Einbau einer Kläranlage und die durchgängige Einrichtung der Abortspülung beendet. Damit ist endlich die Beseitigung des veralteten Tonnensystems, gegen das in sanitärer Hinsicht die größten Bedenken bestanden, Tatsache geworden. Diese Umstellung erforderte einen Aufwand von 42 000 M., sie bringt uns eine jährliche laufende Ersparnis an Arbeitslöhnen und Unterhaltungskosten von etwa 8000 M.

Zahlreich sind die technischen Verbesserungen und Neuanschaffungen, welche die Anstalt aus eigenen Mitteln durchzuführen vermochte. Dahin gehört vor allem die im Jahre 1925 erfolgte Aufstellung einer automatischen Fernsprechanlage für Innen- und Außen-Anschluß mit einem Aufwand von 20 000 M. Sie bewährt sich außerordentlich gut und erleichtert die Geschäftsführung wesentlich.

In der Kochküche wurden die eisernen Dampfkochkessel, die uns der Krieg beschert hatte, nach und nach durch Nickel- und neuerdings durch zwei Nirosta-Dampfkochapparate ersetzt. Ferner wurde eine Kipptopfbatterie aus Nickel beschafft. Ein dieser Tage angelieferter neuer Kochherd für Kohlenfeuerung erforderte einen Aufwand von 8000 M.

Einen wesentlichen Fortschritt in der Abwicklung des Essentransports brachten zwei im Jahre 1927 für 7600 M. beschaffte Elektrokarren, die sich bestens bewährt haben. Sie deuten eine namhafte Erleichterung des Küchen- und des Abteilungsbetriebs. Die Metzgerei wurde im gleichen Jahre mit elektrischen Arbeitsmaschinen und einem Nickel-Wurstkochkessel ausgestattet mit einem Aufwand von 11 000 M.

Die Bäckerei erhielt an Stelle eines Gasmotors einen Elektromotor sowie neue fahrbare Brotständer und eine Schüttelsiebmaschine.

Nach Anschaffung eines Personen-Autos im Jahre 1926 (Mercedes-Benz, 10/30 Ps — 12 000 M.), eines Lanz-Kleinbulldogs im Jahre 1924 und eines zweiten Lanz-Großbulldogs in diesem Jahre (4670 M. und 9000 M. Anschaffungspreis) konnte im Gutsbetrieb die Zahl der Zugtiere um 12 Ochsen und vorerst 4 Pferde verringert werden. Eine im Jahre 1928 zum Preis von 4150 M. beschaffte Häcksel-Entstaubungsanlage mit Antriebsmotor dürfte sich sehr bald bezahlt machen, da vorher jährlich etwa 10 Tiere an Fremdkörpern zugrunde gingen. Gut hat sich auch der Einbau der Dickow'schen Selbsttränkebecken im Kuhstall bewährt. Die Tiere haben das „Bediene dich selbst“ sofort begriffen und können jederzeit bei Tag und Nacht den Durst stillen,

was den Milchertrag steigert. Auch ist die Gefahr gegenseitiger Ansteckung dadurch stark gemindert. Im laufenden Jahre erhält der Gutsbetrieb noch Arbeitsmaschinen wie Schrotmühle, Knochenmühle usw. mit elektrischem Antriebsmotor.

Im Maschinenhaus wurde ein alter Gasmotor ersetzt durch einen modernen elektrischen Antriebsmotor für Koch- und Waschküchenmaschinen. Im Kesselhaus wurden neue Warmwasser-Boiler und eine Kesseldampfspeisepumpe aufgestellt. Die Waschküche erhielt drei neue moderne Waschmaschinen, elektrische Bügeleisen, eine elektrische Bügelmaschine und fahrbare Waschbottiche. Schusterei, Sattlerei, Schneiderei und Nähstube wurden durchweg mit neuen Nähmaschinen und sonstigen kleineren Arbeitsmaschinen ausgestattet. Ebenso erhielten Schlosserei, Blechnerei und Wagnerei verschiedene Arbeitsmaschinen neu.

Sehr vieles ist in den letzten Jahren auf dem Gebiet der Bauunterhaltung und der Verschönerung der den Kranken zum Aufenthalt dienenden Räume geschehen. Es würde zuweit führen, näher darauf einzugehen.

Für die allernächste Zeit harrt ein dringliches Projekt noch seiner Lösung: die Erneuerung unseres gänzlich veralteten Kesselhauses mit seinen seit Eröffnung der Anstalt im Betrieb stehenden Kesseln und der Ersatz der vielen verschiedenen, durchweg aber veralteten Heizungssysteme der Einzelbauten durch eine moderne zentrale Heizungsanlage. Die Ausführung dieser technischen Neuanlage wird uns ganz erhebliche Betriebsersparnisse bringen. Nicht minder dringlich ist der Neubau oder Umbau unserer viel zu kleinen Kochküche. Es steht zu hoffen, daß auch dieses Projekt in nicht allzuferner Zeit seiner Verwirklichung entgegengehen darf.

Eine bewegte, arbeits- und sorgenreiche Zeit liegt hinter uns. Unser Bestreben, die Wirtschaftsführung der Anstalt den Forderungen der Zeitverhältnisse anzupassen und gleichwohl den Betrieb auf eine Stufe zu heben, daß er modernen Anforderungen gerecht zu werden vermag, ist kein leeres Experiment geblieben. Schon vieles ist in kurzer Spanne Zeit erreicht, noch vieles bleibt zu tun übrig. Im Begriff, die Schwelle zum fünften Dezennium unserer Anstalt zu überschreiten, wollen wir zuversichtlich hoffen, daß es uns mit Gottes Hilfe auch fürder gelingt, das Werk weiter zu führen und als getreue Haushalter das uns anvertraute Pfund im Dienste der Nächstenliebe so zu verwalten, wie es der Anstalt und unseren Kranken zum Besten dient.

Arzneipflanzenkultur im Anstaltsbetrieb und ihre Bedeutung für die Arbeitstherapie.

Von Anstaltsapotheker **K. Schmitt**-Emmendingen.

Schon im Altertum wurden von den Völkern, besonders den alten Ägyptern, Griechen und Römern viele Pflanzen als Heilmittel angewandt, und da die wildwachsenden nicht immer genügten, auch angebaut. Dioskurides, Hippokrates, Plinius und Theophrast erwähnen schon zahlreiche Heilpflanzen. Auch in Deutschland wurden bereits frühzeitig mit allerlei Pflanzen Krankheiten geheilt. In seinem Capitulare de villis ordnete Kaiser Karl der Große 812 an, welche Heilpflanzen auf seinen Gütern gezogen werden sollten. Später waren es hauptsächlich die Klöster und Burgen und noch später, etwa vom 13. Jahrhundert ab, die Apotheker, welche Arzneipflanzenkultur betrieben und die Zahl der Heilpflanzen bedeutend vermehrten. Bis zum vorigen Jahrhundert blieben die Arzneipflanzen die wichtigsten Heilmittel. Erst mit dem schnellen Aufblühen der Chemie gerieten viele derselben in Vergessenheit, besonders als die chemische Industrie eine Unmenge chemisch-therapeutischer Präparate auf den Markt brachte. Aber trotzdem hat eine große Anzahl von Arzneipflanzen ihren viele Jahrhunderte hindurch erprobten Ruf als wirksame Volksheilmittel bis auf den heutigen Tag erhalten, und die Nachfrage nach vegetabilischen Drogen wird wohl immer groß bleiben. Vor dem Kriege hat Deutschland die meisten Arzneidrogen, auch solche, die bei uns wild wachsen oder leicht angebaut werden können, vom Ausland bezogen, nur ein verhältnismäßig kleiner Prozentsatz wurde im Inland feldmäßig angebaut, so besonders in Thüringen, Franken und in der Provinz Sachsen. Durch den Weltkrieg zeigte es sich nun, daß diese Abhängigkeit vom Ausland ein großer Mißstand ist; denn als unsere Feinde die Blockade über uns verhängten, trat bald ein fühlbarer Mangel nicht nur von ausländischen, sondern auch einheimischen Drogen ein, und die Preise stiegen ins Unendliche. Man sah ein, daß es für uns höchste Zeit ist, die Schätze des heimischen Bodens auch nach dieser Richtung hin voll auszunützen und das Sammeln und den Anbau von Heilpflanzen möglichst zu fördern. Zu diesem Zwecke und damit wir in Zukunft vom Auslande unabhängig sind und unsere Arzneiversorgung gesichert ist, und damit ferner die Werte, die durch den Bezug ausländischer Drogen verlorengehen, dem Inland erhalten

bleiben, wurde mit staatlicher Unterstützung die „Deutsche Hortusgesellschaft“ mit dem Sitz in München gegründet. Den Bemühungen derselben gelang es dann bald, allgemeines Interesse für das Sammeln und die Kultur von Arzneipflanzen zu erwecken. Es wurde so während des Krieges der Arzneimangel wesentlich gemildert und nach dem Kriege, als Land, welches vorher für die Ernährung dienen mußte, frei wurde, entstanden überall kleinere und größere Arzneipflanzenkulturen. Auch in Emmendingen ließ der Anstaltsapotheker, als er aus dem Krieg zurückkehrte, Frühjahr 1919 eine Pfefferminzpflanzung anlegen, um wenigstens den Bedarf für die Anstalt an dieser am meisten gebrauchten Arzneipflanze decken zu können. Diese zuerst im Gemüsegarten angepflanzte Mentha gedieh recht gut, nur war es keine so schöne und aromatische Sorte wie die jetzt im Arzneigarten befindliche.

1924 wurde im Bestreben, den Apothekenbetrieb so wirtschaftlich wie möglich zu gestalten, auch der Arzneigarten wesentlich vergrößert und auf einer bisher brach gelegenen, stark verunkrauteten Rasenfläche neu angelegt. Zu diesem Zwecke wurde das betr. Land von ca. 10 Ar tief umgegraben (rigolt) und zur Hälfte mit einer durch die Apotheke von der Hortusgesellschaft bzw. von dem Arzneipflanzenversuchsgarten der bayerischen Landesanstalt für Pflanzenbau und Pflanzenschutz in München bezogenen, vorzüglich aromatischen Mitschampfefferminze, wie unten näher beschrieben, bepflanzt. Außerdem wurden noch angebaut: an Blütendrogen:

Wollblume (Verbascum thapsiforme)
Schwarze Malve (Malva rosea)
Ringelblume (Calendula off.),

welche sich alle drei ebenfalls sehr gut zum Anbau im Anstaltsgelände eignen, da sie, abgesehen von der schönen und nützlichen Arbeit, die sie den Pfleglingen durch das Pflücken der Blüten usw. bieten, gleichzeitig als Zierpflanzen dienen.

Ferner an Blattdrogen:

Melisse (Melissa off.)
Salbei (Salvia off.)

und schließlich an Samendrogen:

Fenchel (Foeniculum Capilaceum).

In den darauffolgenden Jahren wurden außerdem Anbauversuche gemacht mit

off. Rhabarber (Rheum palmat. var. tangut.),
Baldrian (Valeriana off.),
Eibisch (Althaea off.),
Thymian (Thymus vulgaris),
Wermut (Artemisia Absynthium),
Lobelia inflata,
Goleopsis ochroleuca etc.

Von allen angepflanzten Arzneikräutern war am rentabelsten und am besten für den Anstaltsboden geeignet die Pfefferminze. Es wurde deshalb der Hauptwert auf den Anbau dieser Pflanze gelegt, und da ihre Kultur wohl am meisten für Anstalten zu empfehlen ist, sei sie an dieser Stelle etwas ausführlicher behandelt.

Die Pfefferminze (Mentha piperita Huds.) ist eine alte Kulturpflanze und gilt als Bastard von Mentha aquatica L. und Mentha viridis (spicata Huds.). Morphologisch und chemisch ist sie durchaus verschieden von den anderen wildwachsenden Menthaarten wie z. B. der gemeinen kleinen Ackerminze (Mentha arvensis), der Wasserminze (Mentha aquatica), der Roßminze (Mentha longifolia, Mentha silvestris), der rundblättrigen Minze (Mentha rotundifolia) usw.

Mentha piperita kommt in vielen Varietäten vor und ist ausdauernd. Sie muß aber etwa alle 3—4 Jahre auf ein anderes Land verpflanzt werden, weil sie andernfalls sehr leicht entartet, d. h. die Eigenschaften ihrer Ursprungsformen, Mentha aquatica oder Mentha viridis oder anderer Menthaarten annimmt. Ihre Vermehrung geschieht ausschließlich durch Ausläufer bezw. Stecklinge, da man bei einer Zucht aus Samen meist keine einheitlichen, sondern ganz verschiedenartige Pflanzen erhalten kann. Man pflanzt die Setzlinge im Herbst oder April reihenweise in Abständen von ca. 20 cm auf einen gutvorbereiteten, leichten, humusreichen, nicht zu trockenen und mit Stallmist gedüngten Boden oder auch auf ehemaligen Moorboden mit lehmigen Untergrund, welch letzterer die erforderliche Feuchtigkeit besser hält. Bis zum ersten Schnitt (Juni oder Juli) hat man die Beete von Unkraut gut sauber zu halten durch Hacken und Jäten, was allerdings ziemlich viel Zeit und Arbeit in Anspruch nimmt. Im ersten Jahr erhält man gewöhnlich nur zwei Schnitte, im zweiten Jahr, falls die Witterung günstig war (besonders bei Feuchtigkeit und Wärme),

drei Schnitte. Geschnitten wird das Pfefferminzkraut mit der Sichel oder bei größeren Anlagen auch mit der Sense kurz vor der Blüte, mehrere Zentimeter über dem Boden, aber nur bei trockenem Wetter und nur so viel, als an dem gleichen Tag noch gestreifelt werden kann. Die von den Stengeln abgestreiften Blätter werden dann sofort auf gutgelüfteten Speichern in dünner Schicht unter öfterem Wenden im Schatten getrocknet, entweder auf Leintüchern oder auf dem vorher gut gereinigten Fußboden. Der zweite Schnitt kann in günstigen Jahren, wie bei uns z. B. 1925, schon Anfang Juli erfolgen, der dritte Schnitt im Herbst. Doch ist letzterer meist schwer einzubringen, da die feuchten Herbstnebel schaden und die Blätter mißfarbig werden, wenn sie nicht trocken geerntet und sorgfältig getrocknet werden können. Vor Beginn des Winters ist es ratsam, das ganze Pfefferminzfeld leicht mit Stallmist zu bedecken, da die Pflanzen sonst in einem strengen Winter leicht erfrieren. Eine Pfefferminzanlage läßt sich ohne Beschaffung neuer Setzlinge um ein Vielfaches vergrößern, nicht nur durch Verpflanzen der zahlreichen Ausläufer, sondern auch während der Blattschnitte durch Pikieren der Stengelspitzen d. h. der drei obersten Blattpaare in einem Frühbeetkasten. Die Kultur der Pfefferminze wie auch anderer Arzneipflanzen macht keine besonderen Schwierigkeiten. Die Hauptschwierigkeiten liegen vielmehr in den Ernte- und Aufbereitungsarbeiten, die vielfach zeitlich mit landwirtschaftlichen Arbeiten, wie z. B. der Heu- und Getreideernte zusammenfallen.

Das 1924 neuangelegte, nur ca. 5 Ar große Pfefferminzbeet brachte schon im ersten Jahre einen Überschuß von 347 M., außer den im eignen Apothekenbetrieb verbrauchten Pfefferminzblättern. Auf ein Morgen (36 Ar) umgerechnet wäre der Ertrag also pro Morgen rund 2500 M. Im zweiten Jahr (1925) wurden sogar aus dem etwas vergrößerten, aber immerhin noch verhältnismäßig kleinen Stück Land rund 1400 M. für Mentha gelöst, indem außer den geernteten Blättern noch eine große Anzahl Setzlinge abgegeben werden konnte. 1926 war die Gesamteinnahme an Pfefferminze = 800 M., 1927 en 440 M., 1928 = 800 M., doch lassen sich diese Ertragsberechnungen natürlich nicht verallgemeinern.

Außer den oben genannten angebauten Arzneikräutern werden noch durch die Apotheke gesammelt und getrocknet:

Lindenblüten,
Hollunderblüten,

Kamillen,
Brombeerblätter (für deutschen Tee),
Löwenzahn, usw.

Die Gesamteinnahmen aus dem ca. 10 Ar großen Arzneigarten betrugen:

1924	ca.	700 M.
1925	„	1400 „
1926	„	950 „
1927	„	600 „
1928	„	850 „

also im Durchschnitt jährlich 912 M., mit den in der Apotheke verbrauchten Heilkräutern rund 1000 M., und zwar aus einem Stück Land, das nur etwa $^1/_3$ Morgen (10 Ar) groß ist. Leider aber können diese Einnahmen von der Verwaltung nach der Buchungsordnung nicht dem Budget der Apotheke gutgeschrieben werden, sondern der Landwirtschaft bzw. Ziergärtnerei, welch letztere gar nichts mit der Sache mehr zu tun hat.

Wir sehen somit, daß sich eine Arzneipflanzenkultur für eine Anstalt recht gut rentiert, trotz mannigfacher Schwierigkeiten, die dabei entstehen (besonders Absatz der Vegetabilien). Bei der Landwirtschaft z. B. wirft ein Morgen Land im allgemeinen nur ca. 300 M. ab.

Die Einnahmen aus dem Arzneigarten sind Reineinnahmen für die Anstalt; denn der Arzneigarten wird von unbezahlten Kräften, nämlich von einer Gruppe weiblicher Pfleglinge unter Leitung des Anstaltsapothekers, mit Unterstützung in der Aufsicht durch die Ärzte, besorgt, während beispielsweise in der Landwirtschaft oder in der Gärtnerei noch eine Anzahl bezahltes Personal zu Hilfe genommen werden muß. Früher hatte der Ziergärtner bei der Bearbeitung des Arzneigartens mitgewirkt und Leute von den der Gärtnerei zugeteilten Patientengruppen zu stellen. Dies System hat sich aber hier nicht bewährt, da das Anpflanzen, die Ernte und das Sammeln von Arzneikräutern häufig durch andere Arbeiten in den Anlagen gestört wurde und der Arzneigarten dann zurückstehen mußte.

Aber abgesehen von der guten Rentabilität eines Arzneigartens für eine Anstalt ist durch einen solchen für die Kranken eine sehr bekömmliche und geeignete Arbeit gegeben, eine Arbeit, die auf das körperliche und

seelische Befinden der Kranken eine sehr wohltuende Einwirkung hat. Es werden meist ruhigere, nicht fluchtverdächtige Kranke dazu genommen, aber auch solche mit schweren epileptischen Anfällen können Verwendung finden. Die Kranken freuen sich offensichtlich, wenn sie in den Arzneigarten dürfen. Nicht nur im Freien, in guter Luft und schöner Umgebung, werden sie vielseitig und ausgiebig beschäftigt; auch solche Pfleglinge, die aus ärztlichen Gründen die Krankenbauten nicht verlassen dürfen, finden nutzbringende, angenehme und saubere Betätigung, z. B. durch das Streifeln der Pfefferminzblätter von den Stengeln, Entfernen der Kelche von den Blüten (Malva, Calendula), Kamillenblütenzupfen usw. Nebenbei bemerkt werden von den sonst als Abfall fortgeworfenen Pfefferminzstengeln im Laboratorium der Apotheke noch große Mengen Pfefferminzwasser destilliert zur Herstellung verschiedener vielgebrauchter Mixturen (Amylenhydrat-, Medinalmixtur usw.).

Wenn eine Vergrößerung der Pfefferminzanlage möglich ist, können die Kranken auch im Winter beschäftigt werden. Man muß eben dann in der Haupterntezeit, wo die Ernte der Arzneikräuter meist mit der Ernte in der Landwirtschaft und im Gemüsegarten zeitlich zusammenfällt und dann gewöhnlich Mangel an geeigneten Arbeitskräften eintritt, einen Teil des ganzen Pfefferminzkrautes trocknen und aufheben und erst im Winter streifeln lassen. Man erhält dadurch wohl keine so schöne Blattware wie von der frischgeschnittenen Pflanze, aber mit Rücksicht auf die Arbeitstherapie ist dies Verfahren notwendig. Voraussetzung ist natürlich, daß genügend Speicherräume zum Trocknen vorhanden sind, was in unserer Anstalt der Fall ist. Dies ist überhaupt Hauptbedingung für eine rentable Heilpflanzenkultur. Außerdem ist hierzu unbedingt erforderlich:

1. Kenntnis der jeweils gangbaren Arzneidrogen, da deren Preise von Jahr zu Jahr schwanken,
2. richtige Auswahl der für das zu bebauende Land geeigneten Heilpflanzen unter Berücksichtigung der klimatischen und örtlichen Verhältnisse,
3. Technik des Anbaues, der Aufarbeitung der Ernte und der Trocknung usw.,
4. Rentabilität,
5. Sicherung des Absatzes.

Deshalb eignet sich am besten hierzu ein Fachmann (Apotheker). Für einen Privatunternehmer ist eine Arzneipflanzenanlage meist

deshalb nicht rentabel, weil diese Bedingungen oft nicht alle erfüllt sind, und vor allen Dingen, weil es ihm häufig an billigen Arbeitskräften fehlt. In einer Heil- und Pflegeanstalt dagegen, in welcher ein Anstaltsapotheker vorhanden ist, sind gewöhnlich die eben genannten Bedingungen gegeben, namentlich sind auch nicht selten eine größere Anzahl dafür geeigneter Patienten vorhanden.

Es soll durch die Anlage eines Arzneigartens in einer Anstalt nicht bezweckt werden, eine möglichst große Einnahme zu erzielen, was ja vom wirtschaftlichen Standpunkt aus zu begrüßen wäre, der Hauptzweck bleibt die Förderung der Arbeitstherapie, und wir glauben, diesem Zwecke damit etwas gedient zu haben.

Zur Beurteilung der Beziehungen zwischen Schizophrenie und den psychischen Störungen nach Encephalitis epidemica[1]).

Von

Dr. **Ludwig Gaupp**, Reg.-Med.-Rat an der Landesanstalt Sonnenstein.
(Direktor: Ober-Reg.-Med.-Rat Prof. Dr. Nitsche.)

Das Auftreten schizophrenieartiger Zustandsbilder im Verlauf von organischen Krankheiten erregt stets die verschiedensten Diskussionen, meist nämlich derart, daß man aus dem gesicherten anatomischen Substrat dieser Krankheiten schließen zu können glaubt auf ein ebensolches Substrat für das Zustandekommen der — sit venia verbo — „gewöhnlichen Schizophrenie", oder derart, daß solche Fälle ins Feld geführt werden gegen die „Schizophrenie als Krankheitseinheit", für die Auflösung der Schizophrenie zugunsten der Syndromenlehre, und endlich derart, daß sich der Konstitutionsbiologe der Fälle bemächtigt und eine prämorbide schizoide Anlage nachzuweisen sucht, — kurz, diese Fälle führen mittenhinein in das Zentrum der aktuellen Fragen der Gegenwartspsychiatrie, womit allerdings zugleich gesagt ist, daß sie ungeklärt bleiben, und daß es durchaus notwendig ist, die Literatur, die sich mit den einschlägigen, mannigfachen Fragen beschäftigt, zu sichten, historisch zu verfolgen und nach Möglichkeit einheitlich zu verwerten. Dies ist nun deswegen nur teilweise möglich, weil eben die Unlösbarkeit der einen Frage mit der Ungelöstheit der anderen zusammenhängt, so daß man allenfalls von einer allgemeinen Bereicherung der Fragestellung, Erweiterung der Probleme sprechen kann, nicht aber streng genommen von Resultaten.

Unter diesem Vorbehalt und von diesem Standpunkt aus sollen im folgenden — in einer absichtlichen Auslese — Arbeiten besprochen werden, die von der Encephalitis epidemica ausgehen und sich zugleich mit der Schizophrenie beschäftigen, wobei es weniger auf die vollständige Wiedergabe als auf die Entwicklung und Sichtung ankommen

[1]) Vortrag, gehalten am 20. 6. 29 auf dem Sonnenstein gelegentlich der Jahresversammlung der sächs. Anstaltspsychiater.

soll, zumal ja u. a. von *Stern* und *Runge* umfassende Darstellungen der ganzen Literatur erst kürzlich gegeben worden sind.

Das akinetisch-hypertonische Zustandsbild in Folge von Encephalitis lethargica, der sog. postencephalitische [1]) Parkinsonismus, hat zunächst rein äußerlich oft so große Ähnlichkeit mit katatonischen Zustandsbildern, daß von einer Differenzierung dieser beiden, als verschieden supponierten Zustandsbilder aus zunächst ein großer Teil des in Frage kommenden Schrifttums seinen Ausgang genommen hat. Sei es nun, daß — auch ohne Berücksichtigung dieser Ähnlichkeit — bei den Parkinsonisten „auch der Bewegungsantrieb herabgesetzt zu sein schien, und infolgedessen das Gesamtverhalten auch der psychischen Persönlichkeit verändert zu sein schien", wie *Stern* meint, sei es, daß die Ähnlichkeit mit der Katatonie, als mit einer, wie man sagt, viel ausgesprochener seelischen Störung, dazu Anlaß gab, der psychischen Seite des Parkinsonismusproblems nachzugeben, man suchte jedenfalls auf psychopathologischem Wege den Parkinsonimus zu klären und durch Herausarbeitung der phänomenologischen Verschiedenheit von der Katatonie abzuheben.

Bekanntermaßen hat diese Forschung zu einer Fülle von wichtigen Resultaten geführt, indem ganz bestimmte seelische Störungen beim Parkinsonisten nachgewiesen wurden, indem ferner allgemeinpsychopathologische Schlüsse über die Motorik gezogen werden konnten, alles Dinge, die die Kenntnis vom Parkinsonismus wesentlich erweitert und vertieft haben, die aber doch gewissermaßen eine Art Verlegenheit erzeugen, wenn sie nun gegen die Schizophrenie ausgespielt werden, da es sich um psychische Abweichungen handelt, von denen man mangels einer beweiskräftigen Methode nicht ganz sicher beweisen konnte, ob sie tatsächlich bei den Schizophrenen nicht doch auch vorkämen, vielmehr mit Schizophrenie so absolut nichts zu tun hätten, wie man es behauptete. Eben weil der Katatoniker nicht in dem Maße wie der Enzephalitiker von seinem Zustand Rechenschaft ablegen kann, vielmehr seinen Angaben eine viel größere Vorsicht und Skepsis entgegengebracht werden müssen, weil diese Angaben ferner oft überhaupt in den wichtigen Momenten ganz versagen, eben deswegen sind diese phänomenologischen Arbeiten zwar eine große

---

[1]) Metencephalon (embryologisch-anatomischer Terminus) umfaßt Pons und Cerebellum; da es sich aber (nach dieser Terminologie) eher um eine Erkrankung des Mesencephalon handelt, empfiehlt sich wohl, um Irrtümern auszuweichen, die Beibehaltung des — sprachlich allerdings unschönen — Postenzephalitisch (vgl. postdiphtherisch, posttraumatisch usw.)

Bereicherung zur Psychopathologie des Postenenzephalitikers, aber im klinisch-nosologischen Sinn als Beitrag zur Abgrenzung von „der Schizophrenie" haben diese Störungen doch nur eine relativ geringere differentialdiagnostische Valenz wie etwa die Anamnese oder auch wie der Verlauf. Nun sind in praxi ja solche Fälle, bei denen die übrigen klinisch differentialdiagnostischen Faktoren wie die Anamnese, der körperliche Status und der bisherige Verlauf völlig im Stiche lassen, sehr selten, aber sie kommen doch vor, und ferner muß an dieser Stelle — schon vorwegnehmend — auf diejenigen sehr wichtigen Fälle hingewiesen werden, bei denen gerade die psychischen Störungen, phänomenologisch betrachtet, trotz der anscheinend gesicherten psychopathologischen Sonderung der beiden Erscheinungskomplexe, so ausgesprochen „schizophren' anmuten", daß sie von neuem die ganzen Fragen nach Beziehung, Identität, Auslösung usw. zur Diskussion gebracht haben.

Wir sehen also, daß der psychopathologische Weg nicht durchweg zu einer beweisenden Differenzierung der beiden Krankheiten in klinisch nosologischem Sinne führt, aber dies war ja auch nicht der Hauptzweck, der zur Einschlagung dieses Weges geführt hatte; man wollte zunächst in der Hauptsache den Parkinsonismus psychopathologisch analysieren und erklären. Das führte zur Aufstellung des Begriffes „Bradyphrenie" von Naville (1921), als Bezeichnung für die Verlangsamung der Überlegung und der Anpassung, es führte dazu, daß von der Heidelberger Klinik eine ausführliche Selbstschilderung zunächst nur referierend veröffentlicht wurde, der dann eine größere Arbeit *Steiner*s folgte, und es führte dann weiterhin zu der wichtigen Arbeit von *Hauptmann* über den Mangel an Antrieb von innen gesehen, die *Bostroem* ergänzte usw.

Der Inhalt dieser Arbeiten soll hier nicht referiert werden, hier interessiert uns von ihnen aber folgendes: Wir haben durch *Naville* den Namen Bradyphrenie bekommen, der sich eingebürgert hat; aus ihm ist zweierlei ersichtlich: erstens hört man aus ihm heraus die Absicht *Naville*s, einen Gegensatz oder zum mindesten einen Unterschied zur Schizophrenie zu fixieren, zweitens lenkt das Wort βραδύς auf die veränderte Motorik als den zentralen Kern des Störungskomplexes. Es ist ja bekannt, daß diese Tendenz, von der gestörten Motorik aus auch die übrigen psychischen Begleiterscheinungen des Parkinsonismus zu erklären resp. als verständlich abzuleiten, auch in späteren Arbeiten stets zur Geltung kommt. Man wird hierbei nicht außer Acht lassen dürfen, daß wir bei der Erforschung der Enzephalitis gewissermaßen von der Neurologie herkommen und also unsere

klinisch gesicherte Vorstellung einer organischen Lähmung mit Veränderungen in den Stammganglien schon fertig mitbringen, sodaß also der Rückschluß auf die motorische Störung naheliegt. Man wird dann aber auch genötigt sein, die Frage zu beantworten, ob es die Tatsache des Gelähmtseins überhaupt sei, die zu psychischen Veränderungen führt, ob es an der Art dieser Lähmung liege, daß es zu psychischen Veränderungen überhaupt komme, und schließlich, ob aus der Art dieser Lähmung der Charakter, die Art der psychischen Veränderungen notwendigerweise hervorgehen müsse. Diese letzte Frage müßte sich dann bejahen lassen, wenn tatsächlich die psychischen Veränderungen der Parkinsonisten so „peripher" bedingt wären, wie man, ausgehend von diesen motorischen Störungen, behauptet hat. Eine interessante Vorfrage wäre nun also die, ob psychische Veränderungen bei spinal oder noch peripherer gelähmten Personen vorkommen, ferner: wie steht es mit den psychischen Veränderungen bei Paralysis agitans, wie mit denen bei den spastisch zerebral Gelähmten, sind sie aus der Tatsache des Gelähmtseins ableitbar, oder sind sie direkte Funktionen der zerebralen Veränderung? Sind auch bei diesen psychischen Veränderungen die motorischen Ausfälle gewissermaßen der psychologische Kern?

Kehren wir nun wieder zu der Schizophrenie zurück, und knüpfen wir nun, nachdem wir alle diese Vorbehalte erwogen haben, an die vorhin erwähnte Tatsache an, daß die psychischen Störungen der Parkinsonisten „peripherer" ausgelöst sein sollen wie bei der Schizophrenie, so ergibt sich nun wieder die große Schwierigkeit, daß wir ja tatsächlich nichts Bestimmtes wissen von der Stellung der motorischen Störung innerhalb der psychischen Gesamtstörung beim Katatoniker. Wir alle kennen doch Fälle von Katatonie, die einen ausgesprochen organischen Eindruck machen, wie man sagt, es sind das u. a. diejenigen Stuporzustände, die eben so sehr an Enzephalitis erinnern. Wenn man nun auch davon spricht, daß bei diesen Zuständen die Störung „zentraler" angreife, sich also gewissermaßen die motorische Störung als Funktion eines übergeordneten Prozesses erklärt, wie will man dies zwingend beweisen, und warum sollten sich diese motorischen Abänderungen beim Schizophrenen nicht auch psychisch als neue Störungsquelle auswirken, wie man es vom Rigor und von der Akinese anzunehmen berechtigt zu sein glaubt? Wenn z. B. *Ostmann* bei der Schilderung eines paranoiden Folgezustandes bei einem Enzephalitiker dessen Eifersuchts- und Verfolgungsideen mit Pseudohalluzinationen und Illusionen derart erklärt, daß er sagt, der Rigor und die Akinese schaffe eine paranoide Bereitschaft, dann ist dem ent-

gegenzustellen, warum solche Wahnideen und Pseudohalluzinationen nicht auch immer bei dem anderweits Gelähmten vorkommen und ferner, warum bei dem kataleptisch-stuporösen Katatoniker die Wahnideen und die Sinnestäuschungen zu der Katalepsie in einem so völlig andern Verhältnis stehen sollen? Offenbar muß der Tatbestand, daß solche psychischen Störungen beim Parkinsonisten auftreten, doch eher zu der Annahme führen, daß hier außer und neben den rein motorischen Störungen noch andere Vorgänge spielen, die sich phänomenologisch derart äußern, daß sie sich mit den entsprechenden Störungen im Verlaufe einer sogenannten gewöhnlichen Schizophrenie vollkommen decken. So daß dann also die psychischen Begleiterscheinungen des Parkinsonismus — (nicht nur die Bradyphrenie, sondern auch die später noch zu besprechenden ausgesprochen psychotischen Zustände) — mit den entsprechenden katatonischen Phänomenen der sogenannt gewöhnlichen Schizophrenen eine gemeinsame Wurzel hätten. Auf diese Ansicht werden wir später noch einmal von einer anderen Seite her treffen. —

Natürlich muß man sich hüten, daraus ohne weiteres etwa auf lokalisatorische Beziehungen zwischen Schizophrenie und Enzephalitis zu schließen, auch besteht ja phänomenologisch in vieler Hinsicht eine ganz eindeutige Differenz zwischen katatonischen Kranken und den unkomplizierteren Postenzephalitikern, also etwa den Bradyphrenen. Dieser Gegensatz ist aber anfänglich zu sehr betont worden, wenn man auch m. E. zwischen den einfacheren und den komplizierteren psychischen Störungen bei Postenzephalitikern sondern muß. Von den einfacheren, die also hauptsächlich durch den Namen Bradyphrenie charakterisiert sind, läßt sich gewiß manches, wenn auch nicht alles, aus dem gestörten Motorium als verständlich ableiten, dagegen scheinen die massiveren, ausgesprochen psychotischen Zustände, die in der letzten Zeit im Mittelpunkt des Interesses stehen, eine größere Selbständigkeit zu haben und inhaltlich noch weniger deutlich mit den motorischen Störungen zusammenzuhängen.

In diesem Zusammenhang und wiederum im Hinblick auf die Ähnlichkeit dieser Zustände mit der Schizophrenie ergibt sich nun weiterhin die Frage, wie es kommt, daß verschiedene Personen mit denselben neurologischen Ausfällen in so verschiedener Weise psychisch verändert werden, eine Frage, auf die *Johannes Lange* schon 1922 hingewiesen hat, als die massiveren schizophrenieähnlichen Psychosen noch nicht so bekannt waren wie heute. Heute wird diese Frage im Hinblick auf die Lehre von der schizoiden Anlage und im Hinblick auf die Erbbiologie der Schizophrenie wieder äußerst akut. Wie kommt es, daß

Postenzephalitiker mit denselben neurologischen Ausfällen einerseits depressiv werden, andererseits bradyphren bleiben, oder sozial verkommen, kriminell werden, sich prostituieren, oder endlich eine massive Psychose bekommen usw.? Das wäre nun zunächst eine Frage an den Anatomen, da ja doch möglicherweise verschiedene anatomische Befunde auch bei denselben neurologischen Ausfällen möglich wären, und es ist in diesem Zusammenhang wichtig, auf einen Fall von *Scholz* hinzuweisen, bei dem sich neben starken Parkinsonsymptomen optische Halluzinationen und Wahnideen fanden und bei dem histologisch auch korticale Veränderungen erheblicher Art gefunden wurden. Auch *Stern* kommt neuerdings zu dem Ergebnis, daß Rindenveränderungen bei chronischer Enzephalitis nicht gar so selten seien. Es fragt sich aber nun, ob die verschiedenen psychischen Störungen den anatomischen Befunden zwangsläufig entsprechen. Dazu müßten viele Fälle als Beweismaterial gefunden werden, man muß aber heute schon davor warnen, diese Parallelität zu sehr zu betonen. Denn es gibt Fälle (*Staehelin*), bei denen trotz der motorischen Verschlechterung eine seelische Besserung eintrat, eine Tatsache, auf die auch im Hinblick auf die *Hauptmann*schen und die übrigen Theorien von der peripheren Bedingtheit der seelischen Störungen hingewiesen werden kann, und es ist ferner andererseits bekannt, daß auch noch nicht einmal zwischen anatomischem und neurologischem Befund eine strenge Parallelität besteht. (Die Nigraveränderungen und die Myastase gehen nicht absolut Hand in Hand).

Wir können also jetzt schon sagen, daß wir von seiten der pathologischen Anatomie das Rätsel von der Verschiedenartigkeit der seelischen Symptomgestaltung nicht restlos lösen werden, und so kommen wir wieder zurück zu den übrigen pathoplastischen Faktoren, legen uns kurz aber noch folgende Frage vor: Würde der Umstand einer anatomisch beweisbaren Exazerbation des Entzündungsprozesses allein genügen, das Auftreten so ausgesprochen schizophrenieähnlicher Zustände zu erklären? Sicherlich doch nicht. Könnte man nicht mit derselben Berechtigung von einer Verschlimmerung einer selbständigen, mit den übrigen Störungen nur konform gehenden psychischen Störung reden? Beides läßt sich nicht beweisen, wir sehen aber, daß wir auch von dieser Seite her wiederum zu einer Folgerung gelangen könnten, die sich mit der Annahme von oben vereinbaren ließe, daß die psychischen Störungen der Enzephalitis mit den entsprechenden Phänomenen der gewöhnlichen Schizophrenie eine gemeinsame Wurzel hätten.

Unter diesem Gesichtswinkel muß uns nun also die oben berührte

Frage nach der Ursache der Verschiedenartigkeit der psychischen Störungen doppelt interessieren. Vielleicht könnte man von hier aus noch am ehesten beweiskräftige Momente für Beziehungen zwischen diesen und den gewöhnlichen schizophrenen Zuständen finden. Hier sind aber, soweit ich es übersehe, die größten Lücken in der Forschung, und das hat seinen Grund hauptsächlich wohl in der geringen Anzahl der brauchbaren Fälle. Denn da wir uns auf erbbiologischem, resp. konstitutionsbiologischem Gebiet befinden, brauchen wir große Massenuntersuchungen, mit allen Kautelen der Wahrscheinlichkeitsrechnung usw., wie sie jetzt in der Erforschung der betreffenden Fragen betr. der Schizophrenie als einzig brauchbar anerkannt werden.

Die erste Frage, die geklärt werden müßte, wäre die, ob wir es bei den Postenzephalitikern mit einem Menschenmaterial zu tun haben, das der Durchschnittsbevölkerung entspricht, das also in genau demselben Maße mit Schizophrenie belastet ist, wie jene Paralytikersehegatten und Ehegatten anders organisch Erkrankter, die die Grundlage für die Errechnung der Gefährdungsziffer für die Schizophrenie abgegeben haben. Das ist nun doch wohl mit großer Bestimmtheit nicht anzunehmen, da wir wissen, was *Stern* betont, daß bei einem außerordentlich großen Streuungskreise der Epidemie nur relativ wenig Personen erkranken, viel weniger z. B. wie bei der epidemischen Poliomyelitis. Es liegt also offenbar schon eine gewisse Primärauslese vor, nur kennt man nicht die bestimmenden Faktoren dieser Auslese, jedenfalls aber scheint zur Erkrankung nicht nur das Befallensein mit dem Erreger sondern auch eine bestimmte Körperverfassung nötig zu sein, die konstitutionell oder konstellativ bedingt gedacht werden könnte. Die wenigen Fälle, in denen in der Anamnese Schädeltraumen, Überanstrengung, Alkoholismus nachgewiesen sind, können nicht genügen, um irgend einen festen Anhaltspunkt für die Art der Auslese zu gewinnen, ebensowenig dürfte m. E. genügen, daß, wie *Stern* nachgewiesen hat, bei hundert genau durchuntersuchten Fällen kein konstantes Merkmal zu finden war. Es sind ja die verschiedensten Dinge gewissermaßen als Stigmata aufgestellt worden: außer dem Lymphatismus, der neuropathischen oder der psychopathischen Veranlagung bekanntlich auch die zykloide, pyknische Veranlagung mit dem „schizoiden Einschlag". Man sieht also, hier fehlt es an Untersuchungen, wir wissen nur, daß wir es bei den Postenzephalitikern nicht mit einer Durchschnittsbevölkerung zu tun haben, und es liegt also nun nahe, in den verschiedenen psychischen Störungen verschiedene Reaktionen verschiedener Persönlichkeiten zu sehen, oder aber anzunehmen, daß die organische Erkrankung irgendeine präformierte Reaktionsform

aktiviert habe. Dann kämen wir also zu einer Anschauung, wie sie z. B. von *Runge* im entsprechenden Kapitel des neuen Handbuches vertreten wird, wonach die Schizophrenieähnlichkeit der Zustandsbilder weniger eine Funktion der Eigenart des enzephalitischen Vorganges wäre, als vielmehr eine Funktion der prämorbiden Beschaffenheit der erkrankten Person, und das würde dann auch in Einklang stehen mit der Annahme einer erbbiologischen Einheit der Schizophrenie.

Dann könnte man wiederum der verschiedensten Ansicht sein über die Beziehungen zwischen dem anatomisch faßbaren organischen Enzephalitis-Vorgang und den sog. psychischen Begleitsymptomen. Das eine Extrem könnte z. B. die Ansicht sein, es handele sich — wenigstens bei den schweren paranoiden halluzinatorischen Zuständen — einfach um „gewöhnliche" Schizophrenien, die selbständig verlaufen, nur durch die Enzephalitis, als durch eine Noxe überhaupt, gewissermaßen den ersten Anstoß bekämen, späterhin aber in keinerlei engerem Zusammenhang mit der Enzephalitis stünden, derart also, daß die latente Anlage zur Schizophrenie durch die Enzephalitis manifest würde. Von den Involutionspsychosen und dem Mechanismus ihres Zustandekommens sind uns ja diese Theorien geläufig.

Leyser hat 1925 einen Fall von paranoid-halluzinatorischer Psychose bei Enzephalitis besonders genau charakterisiert einerseits in seiner Schizophrenieähnlichkeit, andererseits hat er auf die Verschiedenartigkeit der Persönlichkeitsstruktur von der typisch schizophrenen Persönlichkeit hingewiesen. Er faßt seinen Fall als symptomatische Psychose (nicht als symptomatische Schizophrenie) auf. Nun sind aber inzwischen, besonders von *Bürger* und *Mayer-Groß*, Psychosen bei Enzephalitis geschildert worden, die effektiv von der „gewöhnlichen" Schizophrenie nicht zu unterscheiden sind, sodaß wir hier zu dem Schluß kommen, daß es sich um eine symptomatische Psychose handelt, die eine Schizophrenie ist. Dann gäbe es verschiedene Schizophrenien, u. a. auch symptomatische, und zu diesen würden dann jene schizophrenieartigen Psychosen bei Enzephalitis gehören. Es ist immerhin wichtig, hier darauf hinzuweisen, daß ein so kritischer Forscher wie *Gruhle* kürzlich in seiner neuen Schizophreniearbeit folgendes sagt: „Verschiedene Autoren haben darauf aufmerksam gemacht, daß rein schizophrene Bilder und Verläufe auch bei anderen Leiden vorkommen, deren Ursachen genügend aufgeklärt werden konnten. *Wilmanns-Ranke-Gruhle* beschrieben hirnluisch-paralytische Prozesse, *Vorkastner*, *Giese* Epilepsien, *Bürger* und *Mayer-Groß* Enzephalitiden mit schizophrenen Psychosen. Man achtete sehr wohl auf die Frage, ob nicht doch die Symptome dieser symptomatischen

Schizophrenien verschieden seien von der genuinen Form. Gewiß mag manchem Forscher, der die Schizophrenie bisher für eine sichere kausale Einheit hielt — wenngleich man diese Causa noch nicht kennt — die Annahme einer symptomatischen Schizophrenie wenig glücklich erscheinen. Doch muß man nach dem heutigen Stand unserer Kenntnisse zugeben, daß die Anzeichen dieser symptomatischen von denen der genuinen idiopathischen Schizophrenie in keiner Weise zu unterscheiden sind."

Damit wären wir bei dem jetzigen Stand der Dinge angelangt, und es wäre nun verlockend, von hier aus auf die Frage nach der Auflösung der Schizophrenie einzugehen, und es wäre da die Frage zu beantworten, ob die Annahme einer symptomatischen, postenzephalitischen Schizophrenie unsere Annahme von der nosologischen Einheitlichkeit der Schizophrenie zu erschüttern vermag, resp. ob dies unbedingt nötig wäre; dies muß hier unerörtert bleiben; nur soll noch betont werden, daß m. E. keineswegs alle psychischen Störungen bei Postenzephalitikern nunmehr mit dem Schlagwort symptomatische Schizophrenie gewissermaßen abgetan werden können. Nur für seltene Fälle, so besonders für die von *Bürger* und *Mayer-Groß* geschilderten, ist diese Benennung m. E. richtig. Aber ich glaube, oben gezeigt zu haben, daß wir es auch bei den gewissermaßen weniger massiven Störungen: der Bradyphrenie, den Drangzuständen, den einfacheren psychotischen Zuständen usw., mit Störungen zu tun haben, die mit der sog. idiopathischen Schizophrenie wenigstens eine gemeinsame Wurzel haben. Wo diese gemeinsame Wurzel zu suchen ist, ob in konstitutionellen, pathophysiologischen, anatomisch greifbaren oder anderen Faktoren, das wissen wir ebensowenig hier wie bei jenen von *Gruhle* zitierten symptomatischen Schizophrenien bei Lues und bei Epilepsie. —

Zum Schluß nur noch einige praktischen Hinweise: alle im späteren Verlauf von Enzephalitis vorkommenden schwereren psychischen Störungen müßten genau geschildert werden. Insbesondere müßten sie aber auch vom erbbiologischen und konstitutionsbiologischen Gesichtspunkt möglichst erschöpfend untersucht werden; ferner muß immer wieder bei ihnen nach den sog. spezifisch schizophrenen, unableitbaren, unverstehbaren Grundsymptomen gefahndet werden; erst dann, wenn sich die echt schizophrenen Fälle bei Postenzephalitikern mehren lassen, erst dann werden wir vielleicht auf diesem Wege, d. h. also von der Seite der symptomatischen Schizophrenie her, in der Klärung der vielen anderen Schizophrenieprobleme weiter gelangen können.

Nachtrag.

In dieser Form wurde der als konzentriertes Übersichtsreferat gedachte Vortrag gehalten; inzwischen hat Kollege *Carrière*, Arnsdorf, eine Zusammenstellung der entsprechenden Literatur für das Problem „Paralyse und Schizophrenie" geschrieben und zugleich einige hierher gehörigen Fälle geschildert. Er hat mir freundlicherweise das Manuskript seiner im Druck befindlichen Arbeit überlassen, und ich möchte hier schon auf diese Arbeit hinweisen, in der die Frage der „exogenen Schizophrenie" ausführlich besprochen wird.

Literaturverzeichnis.

(Das Verzeichnis beschränkt sich auf einige zum Teil im Text zitierten Arbeiten, da bei *Stern* und bei *Runge* sehr ausführliche Literaturverzeichnisse zu finden sind, die auch zur vorliegenden Arbeit benutzt wurden.)

Bostroem, Encephalitische und katatonische Motilitätsstörungen, Klinische Wchschr. 1924, Jhrg. 3.

Bürger und *Mayer-Groß*, Schizophrene Psychosen bei Encephalitis lethargica. Z. Neur. 106, 438.

Carrière, Schizophrenie im Verlauf malariabehandelter Paralyse und anderer chronischer Hirninfektionen, A. Z. f Psych. 91. Band 6/8. Heft, 1929.

v. Domarus, Halluzinatorische paranoide Bilder bei Metencephalitis, Arch. f. Psych. 78, 58.

Gruhle und *Berze*, Psychologie der Schizophrenie, Berlin, Springer 1929, S. 155.

Hauptmann, Der „Mangel an Antrieb" — von innen gesehen, Arch. f. Psych. 66, 615.

Lange, *Joh.*, Über Encephalitis epidemica und Dementia präcox, Z. Neur. 84, 266.

Leyser, *E.*, Zur Differentialdiagnose metencephalitischer und schizophrener Störungen, Z. Neur. 99, 314.

Luxemburger, Demographische und psychiatrische Untersuchungen in der engeren biologischen Familie von Paralytiker-Ehegatten, Z. Neur. 112; 331.

Mayer-Groß und *Steiner*, Encephalitis lethargica in der Selbstbeobachtung, Z. Neur. 73, 283.

Naville, Etudes sur les Complications et les Séquelles mentales de l'encéphalite épidémique. Encéphale 23, 369, 432 (zitiert nach *Stern*).

Ostmann, Über einen paranoiden Folgezustand nach Encephalitis epidemica. A. Z. f. Psych. 87.

Runge, im Handbuch der Geisteskrankheiten von *Bumke*, Bd. 7, Spezieller Teil, Teil III.

Schneider-Arnsdorf, Bericht über Handbuch der Geisteskrankheiten von *Bumke*, Bd. 7, Spezieller Teil, Teil III, der Nervenarzt, Jhrg. 2, Heft 3, 180.

Scholz, Zur klinischen und pathologischen Anatomie der chronischen Encephalitis lethargica, ein Fall von Parkinsonismus mit schweren kortikalen Sehstörungen, Z. Neur. 86, 533.
Schulz, Bruno, Zur Frage einer Belastungsstatistik der Durchschnittsbevölkerung, Z. Neur. 108, 15.
Seelert, Verbindung endogener und exogener Faktoren in dem Symptomenbilde und der Pathogenese von Psychosen, Berlin 1919.
Staehelin, Über Encephalitis epidemica, Schweiz. Med. Wchschr. 1929, Nr. 11.
Derselbe, Zur Psychopathologie der Folgezustände der Encephalitis epidemica, Z. Neur. 77.
Steiner, Enzephalitis und Katatonie, Z. Neur. 78, 553.
Stern, Die epidemische Enzephalitis, Monographie, 1928, 2. Aufl.
Wildermuth, Schizophrene Zustandsbilder bei verschiedenen Erkrankungen des Zentralnervensystems, A. Z. f. Psych. 85, 1.

Instinkt und Suggestion.

Von

Dr. R. Bagotzky, Bern.

Die Lösung psychologischer Probleme ist im hohen Maße von der Erfassung elementarer Grundtatsachen abhängig. Der Hang zur konstruktiven „Abrundung" bringt es mit sich, daß schon geringe Auffassungsunterschiede dieser Tatsachen zu grundverschiedenen Deutungen führen. Dem Problem der Suggestion, wie des Instinktes, können wir uns von keiner Seite der gegenständlich gerichteten Psychologie nähern, denn sie sind auf anderen psychischen Voraussetzungen aufgebaut.

Es gilt in erster Linie zu vergessen, daß es ein „Wahrnehmen" d. i. ein gegenständliches Erkennen gibt, und sich auf jene ursprüngliche Stufe des Erlebens zurückzuversetzen, wo die Fühlungnahme mit der Umwelt kein Erkennen, sondern ein Aufnehmen des fremden Wesens und eine Wandlung der eigenen Wirklichkeit im Sinne der fremden bedeutet.

Es gibt eine Periode im Leben jedes Organismus, die auf einer genetisch tiefen Stufe zur konstanten wird, in der die Veränderungen der gegebenen Umwelt, die „Milieureize", nicht als objektive Dinge und Vorgänge, sondern als spezifisch gefärbte Zustandswandlungen: „situative Gefühle" erlebt werden. Die objektive Wahrnehmung der Dinge, wird dabei durch die gefühlhafte Wahrnehmung ihrer momentanen „Wirkung" und Beziehung zur gegebenen Lage ersetzt.

Unter „situativen Gefühl" wird hier nicht die affektive (Lust-Unlust) Reaktion, sondern der gefühlhaft ausgedrückte Charakter dieser Lage verstanden, wie das „Gefühl" des Geborgen- oder Gefährdetsein, des Beengt- und Freiseins, des Verbunden- und Alleinseins, sowie die Beziehungs- und Ausdrucksgefühle überhaupt, die das situative Moment enthalten und die mit oder ohne objektive Begründung auftretend je nachdem lust- resp. unlustbetont sind.

Es wird sich im weiteren zweckmäßig erweisen, die „Gefühle"

als subjektive Situationsempfindungen, von der affektiven Lust-Unlustreaktion zu trennen, wenn auch im unmittelbaren Erleben diese Trennung keineswegs vorliegt.

Jeder Kontakt resp. Kontaktwechsel mit der Umwelt verändert, ähnlich wie jede Wandlung innerkörperlichen Vorgänge, den Charakter des gegebenen situativen Gefühls.

Auf einer differenzierteren psychischen Stufe wandelt sich das „situative Gefühl" in das objektivierte Ausdrucksgefühl. Wir sprechen in diesem Sinne vom „Ausdruck" eines Gesichtes, empfinden den „Charakter" einer Geberde oder einer Landschaft, ohne uns darüber Rechenschaft zu geben, daß das als fremder Ausdruck empfundene nur die Wandlung der eigenen situativen Gefühle bedeutet, die das Gegebene in uns auslöst.

Die Ausdruck- und Charakterwirkung ist nichts anderes als der auf das Reizobjekt übertragene Charakter der empfangenen situativen Beeinflussung. Es genügt einige Bezeichnungen für Ausdruckwirkungen darauf zu prüfen: etwas wirkt: „eng", „beklemmend", „befreiend", „chaotisch", „geordnet", „grausig", „komisch", „grotesk", „warm" oder „kalt" wie z. B. bei Farben, oder „vornehm", „gemein", „ästhetisch" usw. Tatsächlich erleben wir auch den „vornehmen" und „gemeinen" Ausdruck als eine momentane Selbstwandlung im gegebenem Sinne oder, was dasselbe ist, als eine Wandlung des situativen Gefühls.

Die ursprüngliche „instinktive" Erlebensweise kennt keine Objektivierung dieser unmittelbaren Zustandserlebnisse, die sich lediglich in Affekten, Ausdruckreaktionen und triebhaft-unwillkürlichen Handlungen offenbaren. Diese situativ gefärbten Zustandswandlungen, deren Variationen artlich und individuell verschieden sind, bilden auf einer genetisch frühen Stufe ein biologisches Äquivalent des objektiven Unterscheidungsvermögens. Die „instinktive" Unterscheidung und Wertung, die wir bei Kindern, Primitiven und besonders prädisponierten Personen beobachten, beruht auf der stärkeren Ansprechbarkeit der situativen Ausdruckgefühle auf den Charakter äußerer Einwirkungen. Wie der Blinde sich durch Gänge, die er nicht sieht, hindurchtastet, so tastet sich der „Instinkt" durch Situationen durch, die er objektiv nicht erfaßt, sondern die er aus dem Charakter der zuständlichen Wandlungen erschließt.

Daraus ergibt sich aber eine eigene Art der Unterscheidung, die von der objektiven grundverschieden ist. Denn es ist klar, daß für die instinktive Orientierung zwei verschiedene Dinge, von denen die gleiche situative Wirkung, d. i. eine identische Wandlung der si-

tuativen Gefühle ausgeht, identisch sind und daß umgekehrt ein und dasselbe Ding, das in verschiedenen Augenblicken verschieden „wirkt", nicht identifiziert wird. Eine Bestätigung dieser Tatsache sehen wir in der Denkweise und im Sprachschatz der Primitiven, bei denen ein und derselbe Gegenstand bald das, bald etwas anderes bedeuten kann, wogegen zwei verschiedene Gegenstände gleiches bedeuten können. Die Identifikation richtet sich bei der primitiven Mentalität nach „Wirkungen" d. i. nach situativen Beeinflussungen und nicht nach einem objektiv-gegenständlichen Kriterium. Der Gegenstand, der dem Feinde gehört, ruft beim Primitiven die gleiche situative Zuständlichkeit hervor, wie der Feind selbst, deswegen kann er diesen unter Umständen z. B. beim Zauber ersetzen. Auf ähnliches ist die Wirkung von Andenken, Fetischen usw. zurückzuführen.

Letzten Endes beruht auch die Wirkung der „intuitiven" Schriftdeutung auf gleichen Voraussetzungen. Der intuitive Schriftdeuter urteilt nicht nach objektiven Merkmalen, sondern wird durch den Charakter der Schrift, die er als Ganzes betrachtet, in einen situativen Gefühlszustand gebracht, wobei er den Charakter der Wirkung auf den Charakter der Schrift überträgt.

Nicht unerwähnt kann hier ein Gebiet bleiben, in dem sich die ursprüngliche Art des Erlebens ausdrückt und die zur künstlerisch-dichterischen Gestaltung führt. Hören wir Rilke:

... Er glänzte so, daß sie die Kronrubine
aufflammen fühlte, die sie an sich trug;
sie füllte sich ganz rasch mit seiner Miene
wie ein Gefäß und war schon voll genug
und floß schon über von des Königs Macht,
bevor sie noch den dritten Saal durchschritt,
der sie mit seiner Wände Malachit
grün überlief. Sie hatte nicht gedacht
so langen Gang zu tun mit allen Steinen,
die schwerer wurden von des Königs Scheinen
und kalt von ihrer Angst ...

In diesen Bildern sehen wir das ursprüngliche Erleben ausgedrückt, das nicht im objektiven Wahrnehmen sondern im Annehmen des Fremdwesens liegt: in der Wandlung der eigenen Wirklichkeit im Sinne der fremden. Diese subjektive Wandlung der situativen Gefühle, die sich im Ausdruckserlebnis offenbart, ist das ursprüngliche Erlebnis, alles andere geistiger Akt, der uns das Erlebte wieder entreißt und es als den entfremdeten „Gegenstand" und „Ausdruck" erkennen läßt. Diese zweite Phase nennen wir „Wahrnehmung".

Das in der Psychologie so viel umstrittene „Erlebnis" wäre demnach der der objektiven Wahrnehmung vorausgehende Zustand der Wandlung des subjektiven Wirklichkeitempfindens d. i. das situative Ausdruckerlebnis: die Wahrnehmung die Phase der gegenständlichen Objektivierung. Nur dieser letztere wird als der eigentliche Bewußtseinsakt bezeichnet, das nichtobjektivierte Ausdruckerlebnis bleibt oft im gegenständlichen Sinne „unbewußt", nicht aber im zuständlichen. Die Wahrnehmung als gegenständliche Objektivierung ist immer bewußt. Der so beliebte Begriff der Wahrnehmung im „Latenzstadium", auch der der „unbewußten Wahrnehmung" erweist sich von diesem Standpunkt aus als psychologischer Nonsens; denn für den Akt des Erkennens gibt es kein Latentsein wie für den Vorgang des Erlebens d. i. der zustandhaften Wirklichkeitswandlung kein Bewußtsein im gegenständlichen Sinne.

Zweifellos ist, daß die Mehrzahl der Erlebnisse unobjektiviert bleibt d. i. auf der Stufe der situativen Zustandwandlung verharrt, und sich nach außen hin als affektive, triebhafte und unwillkürliche Reaktion äußert. Doch handelt es sich hier nicht um unbewußte Wahrnehmungen, sondern um ursprüngliche Erlebnisse zuständlicher Art, die auf der „Instinktstufe" die objektive Wahrnehmung ersetzen.

Die Priorität der Ausdruckerlebnisse gegenüber dem objektiven Wahrnehmen, gilt für alle unbeabsichtigten, unwillkürlichen Wahrnehmungen. Wir werden, oft im raschen Vorbeigehen, von einem gegebenen Ausdruck „gepackt" und wenden ihm erst nachträglich unsere Aufmerksamkeit zu. Bei der beabsichtigten Wahrnehmung liegen die Dinge umgekehrt; allerdings unterliegt das Ausdruckerlebnis auch hier nicht der individuellen Willkür, sondern richtet sich nach Gesetzen, die der Beziehung der Erlebnisse Rechnung tragen. Im Ausdruckerlebnis drückt sich der Relationscharakter eines gegebenen und eines abgeklungenen Zustandes aus.

Die hier vorgenommene Trennung zwischen „Erlebnis" und „Wahrnehmung" findet ihre Bestätigung in einer Reihe normaler und pathologischer Vorgänge. Es gibt Zustände, in denen man objektiv die Dinge wahrnimmt, zuständlich (ausdruckhaft), jedoch von ihnen unberührt bleibt. Die psychologische Ausdrucksweise behält auch für dieses Wahrnehmen den Namen „Erlebnis". In Wirklichkeit mangelt diesen Wahrnehmungen das eigentliche Realitätsgefühl, wenn wir auch ihre Realität objektiv anerkennen.

Das Ablösen der zuständlichen Selbstwandlung vom Vorgang des objektiven Wahrnehmens, bedeutet den Verlust der Ausdrucksfähigkeit der Erlebnisse, einen Verlust der Wirklichkeits- und Be-

ziehungsgefühle, wie wir es bei Zuständen starker Ermüdung und Erschöpfung vorübergehend, und mehr oder weniger dauernd, bei gewissen Neurosen und Psychosen beobachten. Wir erinnern in diesem Zusammenhange an die „sentiments irreels" von *Janet*, wo bei voller Intaktheit des Wahrnehmungs- und Erinnerungsvermögens ein Gefühl der Unwirklichkeit wahrgenommener Tatsachen und ihrer Beziehungslosigkeit zum eigenem Erleben gegeben ist. Dieses kann sich gegebenenfalls auf eine bestimmte Sphäre der Erlebnisse erstrecken.

Ähnlich ist das charakteristische Phänomen, das uns der Schizophrene bietet: die Intaktheit der objektiven Wahrnehmung, bei Verlust des Realitätsgefühls und Realitätsbeziehung, nur eine Folge des temporären oder dauernden Versagens (Verkümmerns) jener ursprünglichen Art des Erlebens, die im Aufnehmen des fremden Wesens, im Sinne der zuständlich-situativen Selbstwandlung beruht. Wir können hier von einem Ausfall des zustandhaften Ausdruck-Beziehungserlebens sprechen oder, was dasselbe bedeutet, von einem Ausfall instinktiver Vorgänge.

Die zuständliche Wandlung, die hier als situatives Gefühl bezeichnet wurde, ist mit der „Affektreaktion" nicht zu verwechseln, wenn sie auch die Voraussetzung jeder affektiven Reaktion ist. Was wir mit Lust-Unlust beantworten, ist nicht das Ding resp. dessen objektive Wahrnehmung, sondern der Charakter unserer Wirklichkeitswandlung, die von ihm ausgeht. Nur Ausdruck- und Beziehungsgefühle bestimmen den Lust-Unlustcharakter der Erlebnisse. Das allein erklärt uns das Verschiedenwirken sonst gleichbleibender Dinge und Ereignisse auf uns. Wesen und Dinge, die keine Wandlung der situativen Zuständlichkeit in uns hervorrufen, sind uns gleichgültig, auch wenn wir mittelbar, d. i. reflektiv ihre Wichtigkeit anerkennen.

Dagegen ist es irrelevant, ob die Wandlung der situativen Zuständlichkeit durch objektive oder fiktive Vorgänge bedingt ist. So erleben wir als wirklich die dramatische oder komische Situation im Theater oder Lichtspiel, die unsere eigene objektive Situation zwar nicht im geringsten verändert, wohl aber den Charakter der subjektiven. Die echten Ausdruckwirkungen die die fiktive Situation vermittelt, bedingen ihre unmittelbare Realität für uns, ähnlich wie der Ausfall der Ausdruckwirkungen die objektiv reale Situation unwirklich macht. Die schizophrene Mutter empfängt die wohlverstandene Nachricht vom Tode ihres Kindes gleichgültig: sie wird von ihr in ihrer subjektiv-situativen Zuständlichkeit nicht berührt, während die gleiche Nachricht bei der normalen Mutter, das ganze subjektive Weltbild, Ausdruckerlebnisse und Beziehungsgefühle verändert. Nach jedem

starkem Erlebnis bekommen die sonst wohl vertrauten Dinge und Beziehungen der Umwelt einen neuen Ausdruck in unserem Erleben: sie „wirken“ plötzlich anders. Der neue Ausdruck ergibt sich aus der neuen Relation der Erlebnisse resp. aus dem neuen Hintergrund, den das gegebene Erlebnis für die Eindrücke des Alltags bildet. Dieses spontan zustandhafte Beziehen der Erlebnisse aufeinander, das zum Ausdruckerlebnis führt, ist bei der Schizophrenie aufgehoben. Wir haben hier das klassische Beispiel für das Ablösen der Erlebnisfähigkeit vom Vorgang des objektiven Wahrnehmens.

Daß hier kein primärer Ausfall der Affektreaktion vorliegt, ergibt sich aus den gelegentlich auftretenden Affektausbrüchen.

Die gegenständlich gerichtete Psychologie hat die Affekte als Begleiterscheinungen der objektivierten psychischen Vorgänge, der Wahrnehmungen, Vorstellungen, Denkakte aufgefaßt. Aus diesem Grundirrtum resultieren die meisten psychologischen Mißverständnisse und Sackgassen. Denn die „Gefühlsreaktion“ richtet sich lediglich nach dem Charakter der subjektiven Wirklichkeitswandlung und ist von der objektiven Erfassung unabhängig. Daher der nicht seltene Zwiespalt zwischen der subjektiven und objektiven Erfassung einer und derselben Sache. Anderseits setzt sich die Affektreaktion auch da durch, wo es zu keiner Objektivierung der zustandhaft (im Ausdruckerlebnis) gegebenen subjektiven Wandlung kommt. Diese Gefühle, die scheinbar jeder Begründung und Motivierung bar sind, wurden von *Freud* als „frei flottierende“ bezeichnet. Das sind sie aber nur, wenn wir sie vom Standpunkt des gegenständlichen Bewußtseins auffassen, nicht aber vom zuständlichen. Sonst müßte man konsequenterweise auch diejenigen Gefühlsreaktionen, bei denen es aus anderen Gründen als denen der Verdrängung zu keiner Objektivierung kommt (denken wir an den Säugling und das Tier), gleichfalls zu den „frei flottierenden“ zählen.

Die Affektreaktion setzt sich also auch jenseits jeder psychischen Objektivierung überall da durch, wo die Bedingungen für die subjektive Wirklichkeitswandlung gegeben sind.

In den vorausgehenden Erwägungen haben wir das ursprüngliche Erlebnis als gleichbedeutend mit dem Ausdruckerlebnis betrachtet. Dieses bezieht sich hauptsächlich auf das passive Erleben. In jeder Situation, die ein aktives Eingreifen des Subjektes erfordert, wird die Gegebene subjektive Beziehungslage zum Ausdruck des Erlebten.

Die objektive Wahrnehmung kennt den Gegenstand als solchen, der unabhängig von Milieu und Beziehung immer derselbe bleibt. Im unmittelbaren Erleben kümmern wir uns nicht um die Gegenstände,

sondern um ihre Momentbedeutungen und Momentrollen, die aus der Beziehung zur subjektiven Lage entstehen. So ist der Baumstamm, der einem Eilendem im Wege liegt, kein Baum mehr, sondern ein „Hindernis“, das durch ein beliebiges anderes ersetzt werden könnte. Der Stein, der ihm den Übergang über den Fluß ermöglicht, trägt den Beziehungscharakter einer „Brücke“. Wenn jemand flüchtet, so werden ihm die Gegenstände, die seinen Weg kreuzen, zu Verbündeten und Gegnern, nicht nur bildmäßig, sondern sie tragen im unmittelbaren Situationsgefühl diesen Charakter.

Das hier Gesagte bezieht sich auf alle Formen des Erlebens, insofern es auf der Stufe unüberlegter „instinktiver“ Aktivität bleibt. Die Dinge tragen im unmittelbaren handelndem Erleben den Charakter, den sie aus der subjektiven Situation und ihrer Zielrichtung bekommen.

Dieser Beziehungscharakter wird auch dann erfaßt, wenn der Gegenstand als solcher unbeachtet bleibt. So können wir durch Hypnose die Wahrnehmung des gegebenen Gegenstandes ganz ausschalten (negative Halluzination), ohne daß dadurch der situative Beziehungscharakter des ausgeschaltenen Gegenstandes, seine fördernde oder störende Beziehung, unberücksichtigt bleibt. Der Hypnotisierte stolpert über den so ausgeschalteten Gegenstand nicht, sondern umgeht ihn, ohne ein entsprechendes Wahrnehmungsbild zu besitzen; das beweist, daß er dessen situativen Beziehungscharakter in unobjektivierter Weise als vages Hindernisgefühl empfunden hat. Ähnlich wie hier vollzieht sich eine Reihe unaufmerksamer, „automatischer“ Handlungen. Nehmen wir einen in „Gedanken versunkenen“ Menschen, der (trotzdem) seine Richtung verfolgt, Hindernissen ausweicht, Abkürzungen benützt. Wir sehen sofort, daß der Name „Automatie“ unrichtig ist für dieses wählende und berücksichtigende Verfahren. Denn die Ablenkung der Aufmerksamkeit bedeutet lediglich einen Ausfall der objektiven sachlichen Wahrnehmens, nicht aber der in Betracht kommenden Beziehungsgefühle. Die Verwertung der letzteren erlaubt es, eine bestimmte zielgerichtete Tätigkeit auch ohne objektive Wahrnehmung zu vollziehen. Das allein bewirkt den raschen zielsicheren Ablauf, der den „instinktiven“, wie den automatisierten Funktionen eigen ist. Die Automatisierung einer Funktion bedeutet lediglich die Ersetzung der objektiven Kontrolle der Wahrnehmung durch die subjektive der gegebenen Beziehungsgefühle. Derjenige, der eine neue Bewegungsart einübt, muß sie solange aufmerksam verfolgen, bis er sie „im Gefühl hat“. Unter Gefühl ist hier Beziehungsgefühl zu verstehen. Während man bei der Automatisierung der Funktion von der aufmerksamen

Kontrolle zum unobjektivierten Beziehungsgefühl kommt, ist die instinktive Handlung schon ursprünglich auf situativen Beziehungsgefühlen aufgebaut. Wir sehen schon aus diesen Beispielen, daß der Automatismus mit Stereotypie, d. i. sinnloser Wiederholung der gleichen Bewegung, nicht gleichbedeutend ist, sondern daß er im Gegensatz zu dieser eine situative Empfindlichkeit und Plastik besitzt. Die automatisierten Tätigkeiten erfordern eine wachsame Berücksichtigung der gegebenen Lage (z. B. Wahl der Richtung, Ausweichen von Hindernissen usw.) ähnlich wie die instinktiven.

Die Entwicklung des objektiven Wahrnehmungsvermögens bedeutet eine Zuwendung auf das Typische und Bleibende vom situativ Wirkhaften, wie es die instinktive unmittelbare Erlebensweise kennzeichnet. Dadurch wird letztere bis zu einem gewissen Grund entlastet und erleidet mit der Zeit eine mehr oder weniger weitgehende Verkümmerung. Der durchschnittliche Kulturmensch besitzt bei weitem nicht mehr die Fülle und Feinheit des zuständlich-situativen Wandlungsvermögens und somit auch die Eindrucks- und subjektive Differenzierungsfähigkeit der Umwelteinflüsse, wie sie das Kind und der Primitive besitzt. Es erfolgt eine Rückbildung der „instinktiven" zugunsten der objektiven Orientierung.

Außer dieser vikarierenden Abnahme der instinktiven Funktion, die durch Entstehen einer Ersatzfunktion bedingt ist, ist bei jedermann eine weitgehende und individuell variierende Fluktuation der instinktiven-intuitiven Ansprechbarkeit zu beobachten. Wer kennt sie nicht, die Zustände der „Leere", in denen man trotz Anstrengung bei sich nichts erreicht, wo das Wahrgenommene ausdrucklos bleibt, der „Instinkt" schweigt und die „Intuition" einem nichts eingibt. Und als Gegenpol jene „Gnadenperioden", in denen jede noch so nebensächliche Berührung, ihren eigenen Ausdruck im unmittelbaren Erleben bekommt und von hier aus „Instinkt" und „Intuition" speist.

Die Hinweisung auf den gemeinsamen Ursprung von Instinkt und Intuition ist nichts Neues. Trotzdem namentlich mit letzterem Begriff ziemlich viel Mystik getrieben wurde (denken wir nur an die Verlegung des „intuitiven Denkreizes" ins Außerpersönliche), handelt es sich auch bei der Intuition um ein durchaus biologisch bedingtes Phänomen, das aus den gleichen Quellen wie der Instinkt genährt wird. „Intuition" ist nichts anderes als die bewußt gewordene, resp. nach spontaner Gestaltung drängende, zuständliche Erfahrung, worunter wir das unanschauliche Ausdrucks- und Beziehungserleben verstehen.

Während die zuständliche Erfahrung im Instinktfall zur unmittel-

baren Verwertung d. i. zur instinktiven Reaktion führt, beschreitet sie im Falle der Intuition den Wege der spontanen Objektivierung und Gestaltung. Intuition entsteht aus der Wandlung des situativ unbefriedigten Instinktes, der als „intuitiver Reiz" wirkt.

Konventionell nennen wir nur die zweite d. i. objektivierte Phase des ursprünglich unanschaulich gegebenen Ausdruck-Beziehungsempfindens „Bewußtsein", weil dieser allein eine mittelbare Gliederung und Gestaltung innewohnt, die ihre Aussagefähigkeit ermöglicht. Im Grunde deutet aber auch das unobjektivierte zuständliche Erleben eine Art Bewußtsein. Es bedeutet eine Differenzierung und Wertung der Umwelteinflüsse aus dem Charakter der durch sie ausgelösten Zustandswandlungen.

Die Spontaneität dieser Vorgänge, ihre Unabhängigkeit vom individuellen Willen und Direktiven und die unanschauliche Gegebenheit der zustandhaften Wandlungen führten zur Auffassung dieser Vorgänge als der des „Unbewußten". Dabei war aber ihre Deutungsweise eine vom gegenständlichen Bewußsein her bestimmte; man stellte sich die Vorgänge des Unbewußten als „genau die gleichen" vor, wie sie für das „Bewußtsein" d. i. für das gegenständliche Bewußtsein charakteristisch sind, die aber durch irgendeine besondere Vorrichtung ausgeschaltet resp. verdrängt sind. Der Zustand, den man „bewußt" nannte, d. i. die Phase der gegenständlichen Gliederung der Erlebnisse, wurde dabei als Norm betrachtet, trotzdem sie in der genetischen Entwicklung eine erst spät eintretende Erscheinung bedeutet. So handelt es sich beim „Unbewußten" weniger um ein solches, als um eine von der gegenständlichen verschiedene Art von Bewußtsein. Das zuständliche Bewußtsein orientiert sich nach anderen Gesichtspunkten und Unterscheidungen als das gegenständliche, bedient sich auch anderer Ausdruckswerte als dieses.

Die Beziehung zwischen zuständlichen und gegenständlichen Bewußtsein in ein und demselben Individuum unterliegt weitgehenden Schwankungen: im großen ganzen kann gesagt werden, daß jede Intensivierung des gegenständlichen Bewußtseins von einer Intensitätsabnahme des zuständlichen gefolgt ist und umgekehrt. Eine maximale Intensivierung des zuständlichen Bewußtseins durch Ausschaltung des gegenständlichen sehen wir in der Hypnose, in welchem Zustand die „instinktiven" Leistungen bekanntlich präziser und umfangreicher werden.

Im Gegenteil sehen wir überall da, wo eine vorübergehende (wie bei Ermüdungszuständen) oder mehr oder weniger dauernde (wie bei gewissen Neurosen und Psychosen) Lädierung resp. Aufhebung des zu-

standhaften Wandlungsvermögens (gleichbedeutend mit instinktiver Verarbeitung und Verwertung der Umweltreize) vorliegt, eine „vikariirende Hyperthrophie" der bewußten assoziativen Funktion einsetzen. Dazu gehören die Symptome des „Gedankenjagens", des Grübelns und „Spinnens", der Ambi- und Polyvalenz und der halluzinatorischen Plastik der Vorstellungen, die sowohl als Begleiterscheinungen starker Ermüdungs- und Erschöpfungszustände (die instinktive Unsicherheit, die „hypnagogen" Halluzinationen usw.) wie auch als Symptome einer Reihe von Neurosen und Psychosen auftreten.

Zwischen den Inhalten und Richtlinien des gegenständlichen und zuständlichen Bewußtseins besteht eine mehr oder weniger weitgehende Divergenz, die als der Antagonismus zwischen „bewußt" und „unbewußt" bekannt ist.

Die instinktive Reaktion und „Suggestion".

Jeder Wandlung der situativen Gefühle entspricht eine Wandlung der unwillkürlichen Reaktivität und Ausdruckbewegung. Diese Reaktivität ist eine sowohl nach innen (Körpervorgänge) wie nach außen gerichtete (Mimik, Geberde, unwillkürliche Handlung usw.). Belangslos bleibt, ob die Wandlung der subjektiven Zuständlichkeit objektive oder fiktive Voraussetzungen hat.

Einen Beweis dafür liefert uns die Hypnose: Wenn wir einem Erwachsenen in der Hypnose die Suggestion geben, er sei ein Kind, so steht dieser Suggestion seine ganze bisherige Erfahrung gegenüber. Trotzdem gelingt es unter den besonderen Bedingungen der Hypnose (Ausschaltung des gegenständlichen Bewußtseins), die absurde Vorstellung zu einer subjektiv-zuständlichen Wirklichkeit zu machen. Die Vorstellung wandelt sich im Falle der Suggestion in eine zuständliche Realvision. Ihre zuständliche Verbundenheit äußert sich darin, daß während der Dauer der Suggestion alle unwillkürlichen Bewegungen, Ausdruckgeberden, Triebhandlungen z. B. der Spieltrieb im Sinne der suggerierten Wirklichkeit erfolgen. Sogar die Schrift wird kindlich schülerhaft. Der Suggerierte erlebt die fiktive Situation nicht allein als Bild — die bildhafte Repräsentation der Suggestion kann unter Umständen fehlen, wie z. B. bei der posthypnotischen Suggestion, sondern zustandhaft d. i. mit konformer Wandlung seiner situativen Ausdruck- und Beziehungsgefühle. So weckt die Suggestion „Kind" die zustandhafte Situation des Kindseins, sowohl in bezug auf seine Triebhaftigkeit, wie auch in bezug auf den spontanen Charakter seiner Eindrücke und seiner Beziehungen. Aus dieser triebhaft-wirkhaften subjektiven Situation heraus, die wir der Kürze wegen

zustandhafte Realvision nennen, erfolgt die unmittelbare triebhaft instinktive Reaktion.

Die vorstellbare und zustandhafte Realvision sind streng von einander zu trennen; nur die letztere bildet die Grundlage der Suggestion. Zur vorstellbaren Realvision kann jede Vorstellung werden, ohne daß sie gleichzeitig alle unmittelbaren Ausdruck- und Beziehungsgefühle in ihrem Sinne bestimmt. Die zuständliche Realvision dagegen bestimmt den Charakter der gegebenen subjektiven Situation, sowohl im Charakter der Eindrücke, wie in der Richtung der Beziehungsgefühle und Triebreaktionen. Wenn man die zuständliche Realvision (= situatives Gefühl) der eigenen Minderwertigkeit oder Überwertigkeit hat, so muß diese nicht ständig dem „Bewußtsein" als Vorstellung gegenwärtig sein, kann unter Umständen wie z. B. beim Kinde überhaupt fehlen, um den Charakter der Eindrücke, der Beziehungsgefühle und der unmittelbaren Reaktionen in ihrem Sinne zu bestimmen. Die vorstellbare Realvision dagegen ist ein Bewußtseinsbild, das unter Umständen kein situatives Gefühl bedeutet und ohne die erwähnte Auswirkungen bleibt.

Das Beispiel der Kindheitsuggestion ergab, daß auch die suggerierte Fiktion den biologischen Weg einschlägt, d. i. eine Wandlung der subjektiven Zuständlichkeit im gegebenen Sinne hervorruft, wie wenn es sich um eine wirkliche biologische Situation handeln würde. Aus der so gewandelten zuständlichen Situation ergibt sich die reaktive Äußerung, ebenso unmittelbar und spontan wie aus der wirklich bedingten.

Die aus der Suggestionslage sich ergebende Reaktion unterscheidet sich in nichts von der echten „instinktiven" Reaktion. Denn die Reaktion an sich wird nicht suggeriert, sondern lediglich die Voraussetzung für die gegebene Zustandwandlung, aus der heraus die Reaktion erfolgt.

Im Gegensatz zur Echopraxie ist die aus der Suggestionslage stammende Reaktion, sowohl die innenkörperliche, wie die nach außen gerichtete, eine individuelle. Wenn wir einer Reihe von Personen die gleiche Suggestion geben, so erfolgt trotzdem bei jedem eine grundverschiedene individuelle Reaktion.

Es ist ein weit verbreitetes Vorurteil daß „Ideen", Vorstellungen und geistige Vorgänge überhaupt an sich Suggestionen bedeuten. Nur da, wo unter ihrem Einfluß eine Wandlung der subjektiven Zuständlichkeit (situativen Gefühle) im Sinne der gegebenen Vorstellung erfolgt, können wir von einer Suggestion sprechen.

Suggestion ist somit eine fiktiv bedingte (d. i. nicht aus subjektiv

wirklichen Voraussetzungen stammende) Instinktlage, aus der sich in spontaner und individuell charakteristischer Weise die Reaktion ergibt.

Eine Vorstellung, die wir jemandem suggerieren, wird erst wirksam, wenn sie in das Stadium der unmittelbaren Situationswirklichkeit eingetreten ist. Diese Vorstellung kann aber auch dem eigenem Bewußtsein entstammen und dann haben wir den Fall der Autosuggestion, die sich im Wesen von der Fremdsuggestion nicht unterscheidet. Die Autosuggestion bedeutet eine unter Einfluß der eigenen geistigen Vorgänge zustandegekommene Wandlung der instinktiven Zustandslage. Suggestion ist auch im gewissen Sinne eine Umkehrung des Intuitionsvorganges. Während die Intuition von einem bestimmten Charakter der subjektiven Zustandhaftigkeit ausgeht und zur objektiven Gestaltung führt, geschieht bei der Vorstellungssuggestion das Umgekehrte, und zwar die Wandlung eines geistigen Vorgangs in eine bestimmte Zustandslage, d. i. in ein bestimmtes „situatives Gefühl".

Anschließend einige Beispiele für die Wandlung von Ideen und Vorstellungen in situative Gefühle und Ausdruckerlebnisse.

Bekanntlich haben verschiedene religiöse Orden und Sekten ihre eigenen Praktiken, die den Zweck verfolgen, religiöse Ideen zu erlebten Wirklichkeiten zu machen. Dieser oft lange und schwierige Weg führt über „Konzentration" und „Versenkung", d. i. willkürliche Ausschaltung des gegenständlichen Bewußtseins und aller Eindrücke, die auf die gegebene Idee keinen Bezug haben, zu einer zuständlich-situativen Wandlung der letzteren. Die vollzogene Wandlung wird als Zustand der „Gnade" bezeichnet und äußert sich darin, daß nicht nur wie bisher die Vorstellungen und Denkvorgänge, die der individuellen Leitung unterliegen, sondern auch die passiven Ausdruck- und Beziehungerlebnisse, die intuitiven Einfälle und Visionen den Charakter der Gottesbeziehung tragen. Der Zustand der „Gnade" d. i. der passiv (situativen) Erlebbarkeit ist erreicht, sobald die gegebene Idee sich subjektiv in eine unmittelbare zuständliche Wirklichkeit wandelt.

Ein anderes Beispiel: der Schauspieler, der eine Rolle „übt" und die Spielsituation genau kennt, gelangt erst nach längerem Bemühen dazu, die vorgestellte Wirklichkeit als zuständliche Situation zu erleben. So lange ihm das nicht gelingt, müssen alle Ausdruckbewegungen und Reaktionen willkürlich gestaltet werden. Dabei gelingt nie die Unterdrückung der eigenen unwillkürlichen Ausdruckbewegungen. Erst wenn die Phase der zuständlichen Erlebbarkeit der gegebenen Situation erreicht ist, wird die Autosuggestion vollkommen. Von nun an erfolgen die Ausdruckbewegungen und sonstigen Reaktionen ebenso

echt und unwillkürlich, wie wenn sie dem eigenem wirklichen Erleben entstammten.

Die Vorstellungssuggestion ist auch dann, wenn sie dem eigenem Bewußtsein entstammt, dem eigenem Instinkt, d. i. dem Zustandsbewußtsein gegenüber etwas fremdes und aufoktroiertes. Das ergibt sich aus dem allgemeinen Charakter einer Vorstellung gegenüber dem spezifischen Charakter der Instinktlage. Autosuggestion ist in diesem Sinne mit Fremdsuggestion identisch. Wie stehen aber die Dinge bei der wort- und vorstellungslosen Milieusuggestion?

Wir haben gesehen, daß die Vorstellung an sich keine Suggestion bedeutet, sondern daß sie sich erst in eine subjektive Instinktlage wandeln muß, um es zu werden. Bei den wortlosen Suggestionen erfolgt die Übermittlung der gegebenen Instinktklage unmittelbar durch Ausdruckreaktionen anderer: man weiß wie ansteckend fremde Lachlust, Traurigkeit, Panikstimmung, Abscheu- oder Verehrungsbezeugungen wirken. Es handelt sich hier nicht um Nachahmungsreaktionen sondern um Übermittlung von situativen Gefühlen (Instinktlagen), die ihrerseits zu analogen Reaktionen führen.

In allen Fällen von Suggestion, sei sie durch Vorstellungen oder Ausdruckreaktionen vermittelt, Fremd- oder Autosuggestion, vollzieht sich eine Wandlung der eigenen zuständlich-situativen Wirklichkeit, d. i. des gegebenen Charakters der Instinktlage, im Sinne der fremden, wobei als „fremd" auch die Vorgänge des eigenen gegenständlichen Bewußtseins gelten.

Die vorausgehenden Ausführungen ergeben eine nahe psychologische Beziehung zwischen „Suggestion" und „Instinkt". Wir können den „Mutterinstinkt" auslösen, wenn wir die Muttersituation suggestiv hervorrufen; und zwar wird dieser sowohl in den Gefühlen, wie in den Ausdruckbewegungen und fürsorglichen Maßnahmen ebenso „echt" sein, und ebenso individuell gefärbt, wie der „natürliche".

Jeder Änderung der zuständlichen Wirklichkeit, sei sie organisch, objektiv oder fiktiv bedingt, folgt eine Änderung der instinktiven Reaktivität, eine „Wandlung der Instinkte".

Dieses Phänomen läßt sich besonders deutlich am sog. Massenerlebnis und Massensuggestion prüfen.

Die Vorstellung „wir Volk" oder „wir Klasse" usw. besitzt wohl ein jeder, ohne daß ihm diese zu einer zuständlich empfundenen Wirklichkeit wird. Unter Umständen aber, die sowohl durch objektive wie durch fiktive Beeinträchtigung der gegebenen Wir-Interessen oder sonstige starke Wir-Reize gegeben sind, wandelt sich die Vorstellung

„wir-Volk“, „wir-Klasse“ usw., in die Erleidenswirklichkeit, d. i. Erlebbarkeit des gegebenen „wir“. Von nun an erlischt für längere oder kürzere Dauer das individuelle Erleidensgefühl; die Ansprechbarkeit für Eindrücke, der Charakter der sachlichen und situativen Ausdruckerlebnisse sowie die ganze unwillkürliche „instinktive“ Reaktivität stehen im Dienst der neuen zuständlichen Wirklichkeit (Realvision).

Und jetzt erfolgt eine instinktive Umstellung individueller Charaktereigenschaften in solche, die der neuen zuständlichen Realvision entsprechen.

Man staunt, wenn ängstliche Naturen nicht fürchten ihr Leben aufs Spiel zu setzen, wenn Gewissenspedanten Leben und Eigentum anderer nicht schonen; in Wirklichkeit haben sie infolge der Änderung ihrer zustandhaften Realvision als Individuen zu leben aufgehört, und als Masse, Volk, Klasse ... werden sie vom individuellen Tod nicht berührt.

So verliert sich der quasi allgegenwärtige „Instinkt der Selbsterhaltung“ in einer Wirklichkeit, die ihn nicht mehr nötig hat.

Ebenso ergeht es auch anderen Instinkten.

Der Begriff des Instinktes bekommt von hier aus eine andere Beleuchtung, wie es gewöhnlich von der biologischen Seite her geschieht.

Es ist nicht mehr der starre auf organischen Voraussetzungen allein aufgebaute „kettenreflexartige“ Vorgang, sondern eine zuständliche Art situativen Erlebens und Verwertens, die sowohl durch organische, wie durch psychische Voraussetzungen ausgelöst werden kann.

Die erbmnemisch-biologische Determiniertheit des Instinktes äußert sich lediglich in der Art und Weise der zuständlichen Auseinandersetzung mit den biologisch-wirklichen oder fiktiv (durch Suggestion) geschaffenen Situationen und im Charakter und in den Grenzen der instinktiven „Plastik“.

Der „stereotype Automatismus“ des organisch bedingten Instinktes resultiert aus der gleichen Wiederkehr organisch bedingter Situationen, ist aber kein charakteristisches Merkmal instinktiven Ablaufes. Jeder Wandlung der organisch wie der psychisch-bedingten zuständlichen Wirklichkeit folgt, wie es die vorangegangenen Beispiele ergaben, eine Änderung des instinktiven Verhaltens.

Es entspricht der Gewohnheit, das Komplizierte aus dem Einfachen zu erklären, wenn man den Reflexakt als das ursprünglichere, den Instinktakt als den komplizierteren Sekundärvorgang betrachtete, und auf den Reflexakt zurückführte. Nun ist aber das, was wir „Reflex“ nennen, lediglich die weitgehend automatisierte Form instinktiven

Reagierens, derer sich auch postmortal bewertender Reflexautomatismus zu der bekannten mechanistischen Auffassung des Instinktes geführt hat. Intra vitam gelingt der Automatismus des Reflexes, wie neue Untersuchungen gezeigt haben (*Goldstein*), lediglich unter gewissen Bedingungen der Isolation, außerhalb derer jede reaktive Äußerung des Organismus, der Ausdruck einer Veränderung des ganzen Organismus ist.

Die Suggestion wäre demnach ein Instinkterlebnis, dessen situative Voraussetzung nicht unmittelbar gegeben, sondern psychisch bedingt ist. Diese These findet auch darin ihre Bestätigung, daß überall da, wo wir auf ein Übergewicht des instinktiven im Gegensatz zum objektiven Erleben stoßen, wie z. B. bei Primitiven, bei Kindern usw. die Sugggestibilität sehr stark ist, und umgekehrt die Verkümmerung der instinktiven Erlebensweise z. B. bei sehr intellektuellen Typen, bei Schizophrenen usw. von einer Verminderung resp. vollständiger Reduktion der Suggestibilität begleitet ist.

Entsprechend dem antagonistischen Verhalten zwischen Instinkt und gegenständlichem Bewußtsein ist die Suggestion desto leichter und vollkommener, je radikaler das gegenständliche Bewußtsein aufgehoben ist.

Diese Bedingungen sind in der Hypnose in absoluter Weise gegeben, deswegen erreicht hier die Suggestion ihre klassische Form, d. h. sie erscheint als ein Spaltzustand gegenüber dem Normalzustand.

Die psychischen Spaltzustände, wie die „double consciance“ und verwandte Erscheinungen, gehören in die Reihe der vollkommenen Autosuggestionen, mit einer nach zwei Wirklichkeiten hin orientierten Instinktlage. Als echte instinktive Pfropferlebnisse, d. i. psychisch bedingte Instinktlagen, wirken sie sich sowohl in der Affektivität, wie in der unmittelbaren Reaktion und schöpferischen Plastik aus. Die verblüffende Erweiterung von Kenntnissen und Fähigkeiten, die dem Normalzustand abgehen, erklärt sich aus der „instinktiven“ Auswertung aller bisher nicht objektivierten Erfahrungen.

Als psychisch bedingtes Instinkterlebnis ist die Suggestion durch Willenseinflüsse nicht lenkbar, wohl aber durch Gegensuggestion erreichbar. Ihre Auswirkungen auf innenkörperliche Vorgänge bedingen ihre therapeutische Bedeutung. Die therapeutische Suggestion ist somit nichts anderes als eine Mobilisierung des eigenen „Instinktes“ (= Zustandslage) gegen den pathologischen Zustand.

Studien über das weiße Blutbild bei Schizophrenen.

Von

Oberarzt Dr. **Ostmann**, Schleswig.

Mit 2 Figuren.

Wie ich im Band 89 Seite 325—332 der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie ausführen durfte, ergaben sich bei der Betrachtung einer größeren Anzahl von Blutbildern Geisteskranker bestimmte, wiederkehrende Regelmäßigkeiten, die mir von Interesse schienen für die Beobachtung und Erfassung des somatischen Geschehens bei Geisteskrankheiten. Der folgende Bericht soll den 213 von Schizophrenen stammenden weißen Blutbildern 838 neue bei derselben Krankheitsgruppe hinzufügen.

Der Blutstropfen wurde wiederum immer am Vormittag, zwei Stunden nach dem Morgenkaffee entnommen. Ausgezählt wurden jeweils 300 weiße Blutkörperchen. Voraussetzung war, daß neben der Schizophrenie keine sonstige Erkrankung bestand. Alle Befunde stammen von männlichen Kranken. Die Gesamtzahl der Leukozyten bewegte sich zwischen 6000—8000, höhere Werte wurden nicht erhoben.

Zahlenmäßig betrachtet wichen am meisten von den von Schilling aufgestellten normalen Sätzen des Blutbildes ab die Lymphozyten. In normaler Anzahl waren sie nur vorhanden bei 13%, dagegen vermehrt in 76,5% der Präparate, vermindert waren sie bei 10,5%. Ihr höchster Stand war 52,75% im Einzelbild, ihr niedrigster 14%.

Meist ging zugleich mit der Vermehrung der Lymphozyten eine Abnahme der neutrophilen Leukozyten einher. Es war dies der Fall bei 76% der Blutausstriche mit Lymphozytose. Bei den restlichen 24% mit vermehrten Lymphozyten hielten sich die Neutrophilen in ihren regelrechten Grenzen, blieben im allgemeinen jedoch weit von der oberen Grenze entfernt.

Blieben die Lymphozyten unterhalb der ihnen zukommenden Mindestzahl, so zeitigten die Neutrophilen fast immer höhere Werte, aber nur ganz vereinzelt stiegen sie um wenige Prozent über ihre obere Nor-

malgrenze. Auf Seite 327 meiner vorher erwähnten Arbeit steht: Waren sie vermehrt — nämlich die Segmentkernigen —, so fehlten entweder die Lymphozyten oder die Eosinophilen, oder sie waren wenigstens sehr tief gesunken. Es muß heißen: Waren die Segmentkernigen vermehrt, so waren die Werte der Lymphozyten oder der Eosinophilen oder beider zusammen häufig tief gesunken.

Ist das Verhalten der neutrophilen Leukozyten im vorstehenden schon im großen und ganzen dadurch geschildert, daß sie in Beziehung zu den Lymphozyten gesetzt wurden, so bleiben nur noch einige Gesamtbefunde nachzuholen. Bei den 838 von Schizophrenen genommenen Blutbildern brachten sie normale Zahlen in 35,8%, waren vermindert in 61,1% und vermehrt in 3,1%. Ihr tiefster Stand im einzelnen Präparat war 30,3% und ihr höchster 80,4%. Für die Schwankungen der Neutrophilen zeichnete hauptsächlich verantwortlich die Gruppe der Segmentkernigen. Myelozyten wurden überhaupt nur zwei gefunden (= 0,4%). Jugendliche waren in 13,8% aller untersuchten Blutbilder festzustellen, ihr höchster Satz im Einzelabstrich war 2%. Die Stabkernigen hatten Vermehrung aufzuweisen in 13,6%, hielten sich in normalen Grenzen bei 25,8% und erwiesen sich als zahlenmäßig herabgesetzt bei 60,6%. Als größter Wert im Einzelfall wurden 18,3% gefunden und siebenmal fehlten sie ganz (= 1,6%). In etwa der Hälfte der Auszählungen waren sie gerade dann in der Minderzahl, wenn auch die Segmentkernigen niedrige Ziffern verzeichneten.

Die bisherigen Ergebnisse zusammengefaßt erwies sich also bei 838 weißen Blutbildern Schizophrener, daß in der Mehrzahl der Fälle eine Lymphozytose verbunden mit einer relativen Abnahme der neutrophilen Leukozyten bestand.

Nicht so starke Abweichungen von der Regel ergaben sich bei den Monozyten, sie überstiegen ihre Normalzahl in 8,5% der Fälle und hielten sich unterhalb derselben in 23,1%. Der höchste Wert im Einzelabstrich war 13%.

Die Basophilen waren vermehrt bei 25,7% der Untersuchungen. Türksche Reizzellen enthielten 12,8% der Präparate, 0,6% wurden im Einzelbild nicht überschritten.

Plasmazellen wurden bei 5,2% der Kranken gefunden, auch hier war der höchste Befund im Abstrich 0,6%.

Die nachstehende tabellarische Übersicht vergleicht die Prozentzahlen der verschiedenen Leukozytenarten bei Schizophrenen in dieser und der ersten Arbeit, 838 und 213 Blutbilder.

	oberhalb der Grenzwerte		unterhalb der Grenzwerte		normal	
	I Arbeit	II Arbeit	I Arbeit	II Arbeit	I Arbeit	II Arbeit
Lymphozyten	74,7	76,5	10,3	10,5	15	13
Eosinophile	61,5	58,5	10,3	12,9	28,2	28,6
Segmentkernige	5,2	6,4	38,9	39,3	55,9	54,3
Stabkernige	15	13,6	56	60,6	29	25,8
Jugendliche	12,6	13,8	—	—	87,4	86,2
Myelozyten	0,4	0,4	—	—	99,6	99,6
Monozyten	13,1	8,5	23,1	23,1	63,8	68,4
Basophile	27,2	25,7	—	—	72,8	74,3

Die Eosinophilen, die von jeher große Beachtung bei der Erforschung der Morphologie des Blutes Geisteskranker fanden, hatten also nächst den Lymphozyten die auffallendste Vermehrung aufzuweisen. Ihre größte Menge im Einzelfall betrug 27,3%, ganz vermißt wurden sie zwölfmal.

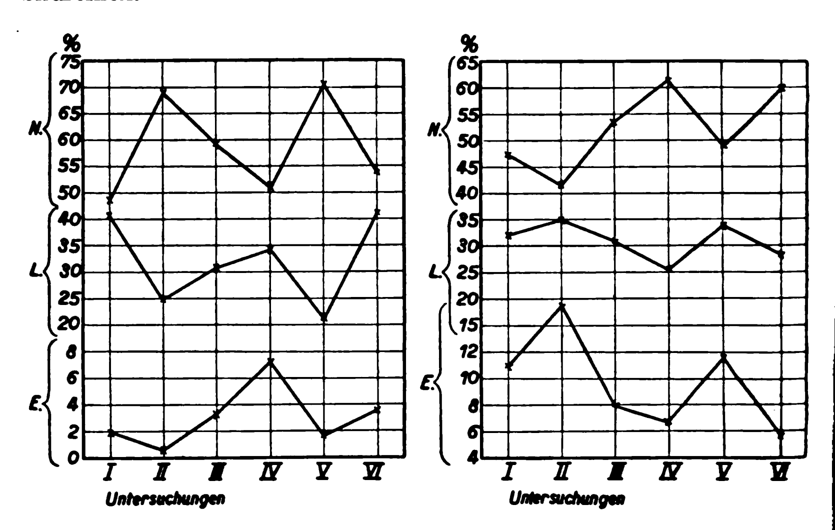
Ein Vergleich der Ziffern der Eosinophilen und der Lymphozyten ergab, daß entsprechend dem häufigeren Bestehen einer Lymphozytose als einer Eosinophilie zwar beide häufig zusammen zu beobachten waren, daß aber sehr häufig auch Eosinopenie oder normale Eosinophilenzahlen mit Lymphozytose zusammen fielen. Es kann also die Eosinophilie oder Eosinopenie nicht in dem Maße wie die Lymphozytose als ein Zustandsbild angesehen werden. Es sind vielmehr wichtig die in gewissen, durch das klinische Verhalten der Kranken bedingten Zeitabständen sich ergebenden Schwankungen der Eosinophilenziffern.

Konstruiert man aus ihnen Kurven, so ergeben sich zum Beispiel die Kurvenbilder auf S. 500.

In diesen Zeichnungen steigen und fallen die Lymphozyten zusammen mit den Eosinophilen, während sich die Neutrophilen entgegengesetzt zu beiden bewegen. Solches Vorkommen fand sich in 63,3% der untersuchten Serien.

Das umgekehrte Verhalten, daß also die Eosinophilen mit den Neutrophilen sich parallel bewegten und die Lymphozyten umgekehrtes Verhalten bewiesen, war in 26,5% der Fälle zu beobachten. Ich bezog diese Art auf die abgelaufenen, im Endstadium sich befindenden, keine Exazerbation mehr zeigenden Zustände, also als ein Zeichen schlechter Prognose. Eine dritte Weise der Verschiebung, bei der Neutrophile und Lymphozyten gleichmäßig sich änderten unter Gegensatz zu der Eosinophilenbewegung war bei 8,8% der Untersu-

chungsreihen vorhanden. Ein gleichmäßiges Sinken und Steigen aller drei Zellgruppen ereignete sich bei 1,4% der aufgenommenen Blutbildreihen.



Die Betrachtung der verschiedenen Krankheitsäußerungen, wie etwa der Schübe, Exazerbationen, einhergehend mit Verwirrtheit oder motorischer Urnuhe oder Spannungs- oder Hemmungszuständen usw. ließ wiederum auch jetzt an dem größeren Material bei einer Gegenüberstellung mit den klinisch als besser imponierenden Zuständen in der Eosinophilenbewegung zwei Typen unterscheiden. Als Typus II bezeichnete ich seinerzeit den, bei dem die Eosinophilen vermindert waren als Begleiterscheinung des aufflammenden Krankheitsprozesses und zur Norm und darüber stiegen in den klinisch sich besser gebenden Zeiten. 79,4% der Blutbilderserien ließen sich zu diesem Typus rechnen. Wenn auch nicht jedesmal, wie auch nicht anders zu erwarten, die Verschiebung zwar so genau erfolgt wie ein Rechenexempel, so bleibt doch die Tendenz stets erkennbar, wenn man die ausgebildeten Zustände, Verwirrtheit oder motorische Unruhe auf der einen Seite und Umgänglichkeit und geordnetes Benehmen auf der anderen Seite vergleicht.

Nachstehend eine Serie von 12 Bildern:

	Eo.	Ly.	Neu.	Mo.	Ba.
1. Ruhig, umgänglich	8,3	27,6	59,3	3,6	1
2. ruhig, beschäftigt, also noch günstigerer Zustand	12,—	27,6	53,3	6,3	—,6
3. läppisch, zerfahren	6,6	31,6	55,3	6,—	—,3

4. Periode stärkster Unruhe, lärmt, zerreißt, unsauber mit den Entleerungen	—,6	23,3	68,3	7,3	—,3
5. wie 4	—,6	25,3	68,3	5,3	—,3
6. ruhiger, verwirrt	2,—	29,—	61,2	7,6	—
7. ruhig, ansprechbar	11,—	30,3	50,6	8,—	—
8. gehemmt	7,—	17,6	69,3	4,6	1,—
9. Sehr unruhig wie 4	—	18,6	76,3	4,6	—,3
10. Nachlassen der Unruhe	2,3	24,3	67	6,3	—
11. stark gespannt, explosive Handlungen	—	27,6	68,9	3,3	—
12. umgänglicher, ruhig	4,6	29,3	61,6	4,—	—,3

Dieser Patient gehört zu dem Typus II:

Ungünstigster Befund:	76,3 Neu.	18,6 Ly.	— Eo.
Günstigster Befund:	53,6 Neu.	27,6 Ly.	12,— Eo.

Nicht immer, nur sechsmal gehen hier die Eosinophilen und Lymphozyten parallel und verschieben sich die Neutrophilen entgegengesetzt zu ihnen, ich möchte daher nach den Blutbefunden und der Auseinandersetzung anläßlich der Kurven die Prognose als nicht günstig stellen. Und es ist auch so; es handelt sich um einen Kranken, der seit acht Jahren in Behandlung ist, 28 Jahre alt ist und immer wieder neue Schübe zeigt, auch intellektuell schon stark geschwächt ist.

Ein günstiger Verlauf:

	Eo.	Ly.	Neu.	Mo.	Ba.
1. Verwirrt, Angst, motorische Unruhe, laut	2,3	27,3	65,9	3,3	1,—
2. schlimmer	1,—	23,3	70,6	4,6	—,3
3. ruhiger, zugänglicher	3,—	30,—	58,9	7	—,6
					Türk —,3
4. unruhig, sehr verwirrt ...	1,—	20,—	74	4,6	—,6
5. wie 3	3,—	26,6	65,2	5	
6. umgänglich, einsichtig	4,—	30,—	60,—	5,3	—,3
					Türk —,3
7. zerfahren	2,6	26,6	63	7	1,3
					Plasma —,3
8. einsichtig, beschäftigt	4,3	33	57,6	5	—

Eosinophile und Lymphozyten steigen und sinken hier zusammen und in umgekehrtem Verhältnis sinken und steigen die Neutrophilen. Die Prognose aus den Blutbildern ist günstig. Der Patient wurde bei gutem Befinden entlassen und ist seitdem in seinem Berufe, jetzt über ein Jahr, tätig.

Der Typus I des Verhaltens der Eosinophilen stellte sich so dar, daß sie im Gegensatz zu II vermehrt erschienen als Begleiterscheinung der klinischen Verschlimmerung und sanken zugleich mit der Besserung.

Er wurde diesmal bei den zahlreicheren Erhebungen bei 20,6% (Typ. II. bei 79,4%) der Serien beobachtet.

Zum Schluß darf ich wiederum, gleich dem vorigen Mal, betonen, daß ich die angestellten Untersuchungen nicht als speziell und allein für die Schizophrenie charakteristisch ansehe, sondern nur als von Interesse für die Erfassung des Geschehens im Blutbild bei psychischen Störungen. Vielleicht aber können sie Dienst leisten bei der Prognosestellung und bei therapeutischen Beeinflussungsversuchen.

Kleinere Mitteilungen.

S. E. Jeliffe and *W. A. White*, Diseases of the Nervous System. A. Text-Book of Neurology and Psychiatry. Fifth edition. Lea & Fiebiger Philadelphia 1929. 1174 S. 476 Abb., 13 Tafeln.

Das schon innerhalb verhältnismäßig kurzer Zeit (erste Auflage 1915) in fünfter Auflage erschienene Werk der beiden amerikanischen Autoren liefert den Beweis, wie sehr Neurologie und Psychiatrie miteinander verflochten sind. Die Grenze zwischen beiden Wissenschaften bezeichnen die Autoren als eine vollkommen künstliche. Auf nicht ganz 1200 Seiten bringen sie in klarer, systematischer, auch die historische Entwicklung berücksichtigender Darstellung eine riesige Menge von Erfahrungstatsachen und Forschungsergebnissen, wobei sie vielfach aus Eigenem schöpfen, aber auch fast überall kurze und gute Literaturhinweise geben für den, der sich weiter in Einzelfragen vertiefen will. Die deutsche Literatur ist bis zu den letzten Jahren gebührend berücksichtigt. Zahlreiche, geschickt ausgewählte Abbildungen und Tafeln veranschaulichen den Text. In bewußter Absicht wird nicht nur der sichere Stand unseres Wissens gegeben, sondern auch gerade das Problematische eingehend erörtert. Die durchaus psychoanalytische Einstellung der Verfasser läßt sie auf dem deshalb besonders ausführlich behandelten Gebiet der Psychoneurosen und dem der Psychosen vielfach Erklärungsversuche als richtig ansehen, die zwar sicher anregend sind, aber doch wohl von Vielen nicht angenommen werden. Das Werk ist für Studenten, praktische Ärzte und Fachärzte bestimmt. Der Inhalt gliedert sich folgendermaßen: nach einer Einleitung über prinzipielle Fragen wird eingehend die Erhebung der Anamnese und dann die körperliche und psychische Untersuchung besprochen. Es folgt die Darstellung des physico-chemischen Systems, d. h. die vegetative Neurologie und die endokrinen Erkrankungen. Das Kapitel über das sensorimotorische System umfaßt dann die Erkrankungen der Hirnnerven, der peripheren Nerven, des verlängerten Marks, der Brücke und des Hirnstamms; Paralysis agitans, Linsenkerndegeneration, Dystonia muskulorum, Chorea, Kleinhirn-Syndrome, Meningen, Schädelbruch, Hirnerkrankungen und Hirntumoren, schließlich Neurosyphilis. Unter der Bezeichnung psychische oder symbolische Systeme finden wir dann die aktuellen Neurosen (Neurasthenie, Angstneurose, Hypochondrie, Tic), die Psychoneurosen (Hysterie, Zwangsneurose, Granatschock), die manisch-depressiven Psychosen, die Paranoia-Gruppe, Epilepsie, Dementia praecox (Schizophrenie)-Gruppe, Infektions-, Erschöpfungspsychosen, toxische

Psychosen, Psychosen bei Organerkrankungen, präsenile, senile und arteriosklerotische Psychosen, angeborener Schwachsinn und Charakterdefekte. *Jolly* (Düsseldorf).

Personalia.

Nekrolog *Dubbers*. Am 21. Mai d. J. verschied der Direktor der ostpreußischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Allenberg Sanitätsrat Dr. *Wilhelm Dubbers*.

Er wurde am 22. August 1863 in Daudenzell in Baden als Sohn eines Pfarrers geboren, besuchte das Gymnasium in Freiburg i. Br., studierte zunächst dort, später in München und Würzburg, wo er 1887 promovierte und im Mai 1888 die Staatsprüfung ablegte. Danach war er Assistenzarzt an der Landesirrenanstalt Roda in Sachsen-Altenburg und vom März 1889 ab dritter Arzt an der kurz vorher eröffneten Provinzial-Irrenanstalt in Rybnik O.-S. Im Juli 1892 wurde er zum Oberarzt und Vertreter des Direktors an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Bunzlau befördert. Im April 1900 wählte ihn der ostpreußische Provinzial-Ausschuß zum Direktor der Anstalt Allenberg. Am 1. Mai 1900 trat er sein neues Amt an, das er dann 29 Jahre lang verwaltet hat.

Seine hervorragenden Geistesgaben, seine ausgesprochenen Führereigenschaften und seine vorbildliche Pflichttreue befähigten ihn in hohem Maße zur Leitung eines großen Krankenhauses. Er besaß eine ausgeprägte Willens- und Entschlußkraft, umfassende Kenntnisse und ein sicheres Urteil nicht nur in der Psychiatrie und allgemeinen Medizin, sondern auch auf dem Gebiete des Verwaltungswesens und Wirtschaftslebens. Er kümmerte sich um alle Einzelheiten des Anstaltsbetriebes, ging allem auf den Grund und leuchtete, wenn seine umsichtigen, durchdringenden Augen irgendwo Mängel sahen, tief hinein. Dabei bewahrte er sich aber immer seinen klaren Weitblick für die größeren, allgemeinen Notwendigkeiten, und was er in dieser Hinsicht für richtig und erforderlich erachtete, das vertrat er mit überzeugenden Gründen oder erstrebte er mit zäher Ausdauer, aber auch mit der gebotenen Rücksichtnahme auf die finanzielle Lage der Provinz. In den ersten Jahren seiner hiesigen Tätigkeit wurden mancherlei Reformen in der Krankenbehandlung und verschiedene bauliche Veränderungen durchgeführt, um die 1852 erbaute Anstalt mehr und mehr den Forderungen der Hygiene anzupassen. Auf seine Anregung beschloß der Provinzial-Landtag 1912, die Anstalt von Grund aus umzubauen und die Belegungszahl von 890 bis auf etwa 1500 zu erhöhen. Der Krieg verhinderte die Ausführung der Baupläne. Während des Russeneinfalls in Ostpreußen hat sich Direktor *Dubbers* besondere Verdienste um die Anstalt erworben. Allenberg war vom 25. August bis 10. September 1914 von den Russen besetzt. In dieser Zeit hat er durch sein mannhaftes, zielbewußtes Auftreten gegenüber den feindlichen Führern die Anstalt und die Kranken vor schwerem Schaden bewahrt. Nach dem Kriege entwarf er einen neuen Plan zum zeitgemäßen Um- und Ausbau der Anstalt, der in den letzten Jahren verwirklicht wurde.

In der Krankenbehandlung war Direktor *Dubbers* durchaus fortschrittlich gesinnt. Alle aktuellen Fragen (aktivere Therapie, Familienpflege, offene Fürsorge, Frühentlassung usw.) verfolgte er mit regstem In-

teresse, und was ihm zweckmäßig erschien, setzte er in die Tat um. Er war Mitglied der Kommission zur Besichtigung der ostpreußischen Privatanstalten für Geisteskranke. Jahrelang war er Vorsitzender des Ärztevereins der Kreise Wehlau-Labiau, bis er 1919 dieses Amt infolge Überlastung niederlegen mußte.

Die Kriegs- und Nachkriegsjahre haben die Kräfte seines Körpers und Geistes in verstärktem Maße verbraucht. Im Februar 1928 trat der erste Anfall von Herzinsuffizienz auf, von dem er sich allmählich wieder erholte. Im Juni v. J. konnte er seine Dienstgeschäfte wieder übernehmen, und der Prov.-Ausschuß beschloß, seine Dienstzeit über das 65. Lebensjahr hinaus zu verlängern. Er schonte sich nicht, und infolgedessen trat im Herbst eine Verschlimmerung seiner Krankheit ein. Anfang dieses Jahres mußte er wieder einen längeren Erholungsurlaub nehmen, den er in Baden-Baden und zuletzt in Freiburg i. B. verlebte. Dort starb er plötzlich am Tage, bevor er hierher zurückkehren wollte.

K. Hauptmann (*Allenberg*).

Paul Flechsig †. Am 22. Juli 1929 starb in Leipzig im Alter von 82 Jahren der Ordinarius für Psychiatrie und ehemalige Direktor der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Geheimer Rat Prof. Dr. med. et phil. h. c. *Paul Flechsig*. Mit ihm ist ein Original aus einer großen deutschen Vergangenheit aus der Welt geschieden. Er war ein Hirnanatom von internationalem Ruf, als psychiatrischer Sachverständiger bei den höchsten Behörden über Sachsens Grenzen hinaus gesucht, als Arzt und Direktor seiner Klinik von einer Volkstümlichkeit ohnegleichen. Als Pfarrerssohn in Zwickau in Sachsen geboren, studierte er Medizin in Leipzig, war Assistent am Pathologischen und Physiologischen Institut der Universität und habilitierte sich unter dem berühmten Physiologen *Karl Ludwig* mit einer Arbeit über „Die Leitungsbahnen im Gehirn und Rückenmark des Menschen". Seine akademische Karriere verdankte er der hohen Einschätzung seiner Begabung durch *Ludwig*, der ihn selbstlos förderte. Mit 30 Jahren bereits erhielt er die Anwartschaft auf die Leitung der neu zu gründenden Irrenklinik an der Universität Leipzig. Erst in den Jahren, die über der Herstellung der umfänglichen Neubauten für die Klinik vergingen, arbeitete er sich in das ihm gänzlich fremde Gebiet der Psychiatrie ein. Aus seiner im Jahre 1894 gehaltenen Rektoratsrede über „Gehirn und Seele" sprach erstmalig der Hirnforscher aus Leidenschaft. Der Erfolg war durchschlagend. Jetzt war *Flechsig* in aller Munde und mit einem Male berühmt geworden. Wie selbstbewußt *Flechsig* seine Lehre vortrug, dafür nur ein Beispiel. „Meine Lehre steht und fällt", sagte er, „mit der Anerkennung meiner Hörstrahlung als einziger akustischer Leitung zur Rinde und dem Nachweis, daß diese Hörstrahlung sich im wesentlichen nur über die vordere Querwindung ausbreitet" — und er hat in der Tat Recht behalten. Trotz heftigster Gegnerschaft haben viele von *Flechsig* aufgestellte Behauptungen der Kritik Stand gehalten. Die von ihm vorgenommene Gliederung der Hirnrinde in Sinnes- und Assoziationszentren ist geblieben, die myelogenetische Entwicklung der Leitungsbahnen und die damit verbundene gesetzmäßige Erweiterung ihrer Funktionsleistung ist anerkannt, der Wert jener etappenweisen Ent-

wickelung als einer autoanatomischen Gliederung des ganzen Zentralnervensystems unbestritten. Die zu *Flechsigs* goldenem Doktorjubiläum erschienene „Anatomie des menschlichen Gehirns und Rückenmarks" im Jahre 1920 enthält bildliche Wiedergaben myelogenetischer Präparate, wie sie in keinem anderen Werke zu finden sind, und in seinem letzten Buche, welches er „Meine myelogenetische Hirnlehre" betitelte, entrollte er selbst noch ein Bild von seinem Werdegang unter gleichzeitiger Darlegung der Endergebnisse seiner Lehre, die einer Hirnpsychologie gelten sollte. Auf dem Gebiete der Gehirnanatomie war er für seine Umgebung jederzeit voll sprühender Anregungen, und in den besten Jahren kamen Schüler zu ihm aus aller Herren Länder. Abgesehen von der myelogenetischen Gliederung der Hirnrinde, welche ganz erstaunlich jener Felderung ähnlich ist, wie sie später von *Brodmann* auf Grund der Cytoarchitektonik angegeben worden ist, hat *Flechsig* sich um die Entdeckung und Beschreibung folgender Fasersysteme verdient gemacht: Die Vorder- und Seitenstranggrundbündel des Rückenmarks, die Pyramidenvorderstränge, die Olivenzwischenschicht, das sekundäre hintere Längsbündel, die spinalen und cerebralen Brückenschenkel, die direkte Kleinhirnseitenstrangbahn, das primäre Cingulum. Ebenso sind der Hauptkern (Nucleus triangularis) des vestibulären Systems, der schalenförmige Körper des Thalamus sowie das temporale Knie der Sehstrahlung nach ihm benannt. Es kann kein Zweifel bestehen, daß der Genius *Flechsigs* die Hirnforschung jahrzehntelang entscheidend beeinflußt hat. Der Name *Flechsigs* wird deshalb in der Geschichte der Wissenschaft unvergänglich sein.

R. A. Pfeifer (Leipzig).

Nekrolog *Otto Binswanger.*

„Jahre folgen auf Jahre, dem Frühlinge reichet der Sommer,
Und dem reichlichen Herbst traulich der Winter die Hand...
Alles entsteht und vergeht nach Gesetz; doch über des Menschen
Leben, dem köstlichen Schatz, herrschet ein schwankendes Los."

Am 14. 7. 1929 traf uns, unerwartet und plötzlich, die Nachricht, daß *Otto Binswanger* nicht mehr unter den Lebenden weile, daß er in Kreuzlingen, den Stätten seiner Kindheit nahe, einem Herzschlag erlegen sei. Ein reich gesegnetes und in mancher Hinsicht einzigartiges Leben fand damit seinen Abschluß, gesegnet wegen seines Inhalts und wegen der wunderbaren, bis fast unmittelbar vor dem Tode bewahrten geistigen Frische, wie B. überhaupt mit staunenswerter geistiger Regsamkeit und jugendfrischer begeisterungsvoller Teilnahme an der Entwicklung seines Faches stets teilgenommen hat.

Als *Otto Binswanger* am 1. Oktober 1919 nach mehr als 42 jähriger Berufsarbeit sich zur Ruhe setzte, empfand er diesen Zustand nicht mit Schmerz. Er studierte Anthropologie, allgemeine Biologie, vertiefte sich in die modernen Probleme der Chemie und Physik und blieb in enger

Fühlung mit den Fortschritten seiner Wissenschaft. Er bearbeitete seine „Allgemeine Psychiatrie" in 6. Auflage und verfaßte verschiedene Abhandlungen, so eine solche über „Volksart, Rassen und Psychosen im Thüringer Lande", dem Andenken seiner Thüringer Tätigkeit gewidmet. Noch Ende 1927, acht Jahre schon der Klinik fern, hat er auf der Berner Tagung des Schweizer Vereins für Psychiatrie ein weitausholendes Referat über die klinische Stellung der degenerativen Geistesstörungen vorgetragen und sich in bewundernswerter geistiger Elastizität und jugendlich anmutendem Feuer in der Diskussion mit abweichenden Meinungen auseinandergesetzt. Überall war er ja bestrebt, die Lücken und Sprünge, die die natürlichen Dinge und Vorgänge aufzuweisen scheinen, auszufüllen, die verbindenden Übergänge aufzusuchen und herzustellen. Goethe spricht einmal von den Übergängen als dem, „worauf doch alles ankomme". Und zur Jahresversammlung des allgemeinen ärztlichen Vereins von Thüringen, dessen Vorsitzender er eine Reihe von Jahren war und der ihn nach seiner Emeritierung zum Ehrenmitglied machte, hat er am 2. VI. 1928 in Erfurt zum letztenmal aus der Fülle seiner Erfahrungen zur Frage der Pathogenese der sogenannten Organneurosen zu seinen Thüringer Freunden gesprochen. Wir freuten uns des Tages und spürten die Weihe der Stunde. Wir spürten die Wahrheit des Goetheworts, daß nur vorzüglich begabte Menschen auch während ihres Alters noch frische Epochen der Schaffenskraft und gleichsam eine wiederholte Jugendzeit erleben. Für manchen andern, der minder rüstig, minder aufnahmefähig und minder produktiv ist, wäre dieses Leben zu geräuschvoll, zu abwechselnd, zu vielseitig anspannend gewesen.

Ihm selbst schauderte vor der Aussicht auf das Alter. Er wußte nur zu gut, daß es uns der Fähigkeit zu Genuß und Arbeit beraubt, den freien Schwung der Seele lähmt und den Geist in einen engen Gesichtskreis bannt. „Die Tätigkeit ist, was den Menschen glücklich macht", das hatte er ja selbst zu tiefst verspürt.

Daneben hatte er auch seine stillen idyllischen Freuden. Seine Frau Emilie geb. Baedeker aus Bremen war ihm eine treue Lebensgefährtin und nahm warmes Interesse an seinem ärztlichen und wissenschaftlichen Entwicklungsgang. Er wußte seine Töchter an der Seite von tatkräftigen und zuverlässigen Männern geborgen und Momente der Verstimmung, die die Sorge um den einzigen Sohn hervorrief, wurden durch den Verkehr mit den heranwachsenden Enkelkindern, der ihn beglückte, mehr und mehr verdeckt.

So blieb er der ewig Junge. Diese Jugendlichkeit setzte die Fremden, und was mehr sagen will, seine Umgebung immer wieder in Staunen.

Otto Binswanger ist ein Sohn des Thurgaus; er wurde am 14. Oktober 1852 in Münsterlingen als Sohn des Direktors der Kantonalen Irrenanstalt geboren. Mit fünf Jahren kam er nach Kreuzlingen, wo der Vater die heute weltbekannte Kuranstalt Bellevue ins Leben rief. Das Gymnasium absolvierte er in Frauenfeld, das medizinische Studium in Heidelberg, Straßburg und Zürich, wo er die ärztlichen Prüfungen ablegte.

Wissenschaftlich lebte er vorwiegend in jener psychiatrischen Epoche, die mit *Foville* anbrach, und die am besten als die neuropathologische Periode der psychiatrischen Wissenschaft bezeichnet wird. *Griesinger* hatte ja die „möglichst anatomisch-physiologische Methode", wie sie von

Foville postuliert wurde, wirklich klinisch durchgeführt und den „inneren Grundzusammenhang mit der sonstigen Gehirnpathologie" wirklich überall in der Psychiatrie festgehalten. Auch die weitere Feststellung *Griesingers*, daß die Gehirnkrankheiten, die den Psychosen zugrunde liegen, unendlich viel häufiger diffuse als herdartige Erkrankungen sind, hatte zur Fixierung der hirnpathologischen Stellung der Psychiatrie viel beigetragen. *Meynert* und *Wernicke* schufen auf diesem Wege schließlich die spätere hirnpathologische Grundlage der Psychiatrie.

So nimmt es kein Wunder, daß wir *Binswanger* schon als jungen Studenten in den großen Ferien bei *von Recklinghausen* in Straßburg pathologisch-anatomisch arbeitend sehen und ihn dann später auf dem Wege zu hirnanatomischen und klinischen Studien nach Wien antreffen. Stets hat er voll Dankbarkeit der Förderungen, die er durch *Theodor Meynert*, mit dem ihn die schönsten Erinnerungen verbanden, gedacht.

Am 1. I. 1877 wurde er Assistent von *Ludwig Meyer* in Göttingen, der damals auf der Höhe seiner Schaffenskraft stand, und der die Arbeit des Anatomen mit derjenigen des Ethnographen, Biologen und Klinikers in feinsinniger Weise vereinigte. Die Belehrung, die der junge Assistent am Sektionstisch empfing, war für ihn Anstoß zu eigener anatomischer Arbeit und befestigte in ihm den Entschluß, zur pathologischen Anatomie überzugehen.

Ostern 1878 sehen wir ihn mit *Ponfick*, dem Nachfolger *Cohnheims*, nach Breslau übersiedeln. Vorher hatte er mit einer Arbeit: „Über trophische Störungen bei Geisteskranken" in Göttingen die medizinische Doktorwürde erworben.

Da kam der Wendepunkt in seiner weiteren Entwicklung. Anfang 1880 bot ihm *Carl Westphal* auf Grund seiner Untersuchungen über das Ursprungsgebiet der Carotis interna eine Oberarztstelle an der Berliner Psychiatrischen und Nervenklinik der Charité an. Er habilitierte sich im Frühjahr 1882 und bald wurde man nicht nur in Berlin auf des jungen Gelehrten Lehrbefähigung aufmerksam. So kam es, daß er 1882, kaum habilitiert und noch nicht dreißigjährig, einen Ruf als Direktor der Landesheilanstalt und als außerordentlicher Professor der Psychiatrie in Jena erhielt. Vorher war ihm auf Grund wissenschaftlicher Leistungen die deutsche Approbation verliehen worden. Der Anfang in Jena war schwer. Anstalt, Krankenpflege und Unterricht lagen im Argen. Aber mit jungem, tatenfrohem Mut bezwang er alle Schwierigkeiten. Bei seiner Einstellung war es natürlich, daß alle seine Reformen einen modernen und menschenfreundlichen Zug hatten: er öffnete die Zellentüren und bannte die Zwangsjacke. Auch die Neuorganisierung des klinischen Unterrichts nahm er sofort in Angriff. Im Jahre 1891 wurde sein Lehrstuhl zu einer ordentlichen Professur erhoben. Dreimal erhielt er in der Folgezeit ehrenvolle Berufungen auf auswärtige Lehrstühle, aber seine Tätigkeit in Jena war ihm so ans Herz gewachsen, daß er ihr treu blieb.

So wurde ihm dieser thüringische Erdenwinkel auf lange Zeit unendlich lieb. Denn alles, was er vielleicht vermissen mochte, ersetzte ihm, neben seiner wirkungsvollen Stellung, ein auserwählter Freundeskreis, der ihn hier fesselte.

Auch nachdem im Jahre 1917 eine Influenzaerkrankung seiner Gesundheit einen ernsten Stoß gegeben hatte, hielt er die schweren Kriegs-

jahre über, die ihn neben vermehrter klinischer Arbeit eine umfangreiche Tätigkeit im Fachlazarett und als militärischer Berater und Gutachter des thüringischen Armeekorps brachten, auf seinem Posten aus, bis er am 1. Oktober 1919 in den Ruhestand trat.

Ein eindrucksvolles Bild von *Binswangers* wissenschaftlicher Bedeutung und von der Fruchtbarkeit und Vielseitigkeit seines Schaffens gewinnt man, wenn man seine Veröffentlichungen, deren Zahl nicht weniger als 119 (darunter mehrere große, buchmäßige) beträgt, überschaut. Am bekanntesten ist er wohl durch seine Monographie über die Epilepsie und das mit *Siemerling* gemeinsam herausgegebene Lehrbuch der Psychiatrie geworden. Grundlegend sind seine Arbeiten zur Arteriosklerose- und Paralyseforschung, über Hysterie und Neurasthenie. Auch Fragen der Psychotherapie hat er bearbeitet und sich um die wissenschaftliche Begründung und Abgrenzung der Hypnose als einer der Ersten verdient gemacht. Die Beschäftigung mit den Aufgaben des klinischen Unterrichts und der ärztlichen Fortbildung, wie mit den allgemeinen Problemen der Irrenfürsorge, der psychischen Hygiene, der Rassenlehre, der Bekämpfung des Alkoholismus fanden ihren Niederschlag in literarischen Arbeiten. Eine Reihe von Veröffentlichungen war dem juristisch-psychiatrischen Grenzgebiet gewidmet.

Wer das große Material seiner Niederschriften und Notizen, seiner Arbeiten und Bücher überblickt, ist immer wieder von neuem von Bewunderung erfüllt nicht nur für die Vielseitigkeit seiner Interessen, für die unermüdliche Arbeitskraft, sondern vor allem auch für das überall erkennbare Bestreben, jeden Gedanken auf die breiteste Grundlage der Erfahrung zu stellen, das Beobachtungsmaterial auszubreiten und zu vervollständigen. Davon vor allem war er durchdrungen, daß das richtige Beobachten selbst eine Kunst sei, die erlernt werden soll und nicht leicht zu erlernen sei.

„Was ist das Schwerste von allem? Was dir das Leichteste dünkt:
Mit den Augen zu sehen, was vor den Augen dir liegt."

Immer wieder betonte er in seinem Kolleg den jungen Studenten gegenüber den ausgiebigsten und sorgfältigsten Gebrauch unserer Sinne, das Wahrnehmen und Beobachten mit größtem Nachdruck. „Die höchsten Gesetze offenbaren sich nicht durch Worte und Hypothesen dem Verstand, sondern durch Phänome dem Anschauen".

Die Beschreibung und Schilderung der „Zustandsbilder" war das erste, was wir in seinem Kolleg erlernten. Die Psychiatrie war ja damals auch ganz auf Anschauen gegründet. *Meynert* hatte der Psychologie und damaligen Psychiatrie diesen Weg gewiesen. Die Psychologie sollte physiologische Psychologie sein und ebenso sollte die Psychiatrie ihre unentbehrliche Untersuchung der psychischen Symptome auf physiologische Symptome gründen. Der Gedanke *Meynerts*, der den Assoziationsfasern damals eine psychologische Bedeutung zuwies, hatte dieser Richtung Bahn gebrochen. Die Entdeckung lokalisierter Zentren für Erinnerungsbilder durch *Wernicke* und *Munk* hatte vollends der Hirnphysiologie einen Einfluß auch über das Gebiet der Empfindungen hinaus gesichert. Die ganze Psychologie also, nicht nur die Psychologie der Empfindungen, war damals an die Hirnanatomie und Hirnphysiologie unlösbar geknüpft. Hand in Hand damit machte sich dann weiter in der Psychiatrie das Bestreben geltend, eindeutige Krankheitstypen zu gewinnen, die zugleich

praktisch-medizinischen Gesichtspunkten, insbesondere einer klaren Krankheitsvoraussage, dienten. Den eigentlichen positiven Fortschritt brachte freilich erst die Erkenntnis selbständiger Krankheitsformen eigner Art, die wieder ganz auf Anschauen gegründet waren. Schon vor *Kraepelin* hatte *Kahlbaum* wohl als erster auf den Unterschied zwischen Zustandsbild und Krankheitsvorgang hingewiesen und in wechselnden Erscheinungsformen klinische Zusammenhänge erkannt. Den maßgebenden Schritt aber tat *Kraepelin* auf der 26. Tagung der Südwestdeutschen Irrenärzte in Heidelberg im Herbst 1898 in der Heraushebung der Dementia praecox und des manisch-depressiven Irreseins, die er als Krankheitseinheiten aufgefaßt wissen wollte. So erhielt diese Epoche, die gleichzeitig in der Neigung zur Anbahnung einer empirisch-naturwissenschaftlichen Erfassung der Psychiatrie als klinischer Disziplin charakterisiert ist, einen klinisch-nosologischen Stempel.

Und schließlich war es die Zeit der Regeneration der empirischen Psychologie aus den Voraussetzungen der inzwischen auch in Deutschland siegreich gewordenen mechanischen Naturauffassung, die Zeit, in der die Epoche der klassisch psychologischen Untersuchungen von *Lotze* und insbesondere von *Helmholtz* und *Fechner* ihre Früchte trug. Die alte Hoffnung, auf dem Wege einer nach naturwissenschaftlicher Methode fortschreitenden Psychologie zu einer sicheren Fundamentierung der Philosophie zu gelangen, schien der Erfüllung nahe. Schon wagte sich das psychologisch gerichtete Denken mit den Hilfsmitteln der Seelenlehre *Herbarts* an eine Psychologie der Naturvölker sowie an die Konstruktion einer Völker- speziell der Sprachpsychologie.

Wohl war *Binswanger* in dieser Welt heimisch, aber im Grunde hat er die wohl mehr geschätzt, die „am vollen Gewühl des Lebens philosophiert haben". Er kannte die chaotische Verflechtung des Individuellen, er kannte die ganze irrationale Vielgestaltigkeit der menschlichen Natur und den Reichtum menschlichen Lebensgefühls. Hier wurzelten starke Kräfte seiner ärztlichen Persönlichkeit, die ihn zum Helfer von Arm und Reich werden ließen und die ihn in fremde Länder nach Frankreich, England, Rußland und Amerika an Krankenbetten riefen.

So ist es wohl auch kein Zufall, daß speziell jene Krankheitsgruppen, die weniger durch klinisch-nosologische Forschung und die weniger durch *Kraepelin*sche Forschungstendenzen als durch die einfühlende und verstehende Erfassung französischer Autoren, insbesondere *Magnan*s als selbständige Formenkreise gewonnen wurden: die hereditär-degenerativen Psychosen, sein besonderes Interesse beanspruchten. Aus dem gleichen Grunde lag ihm wohl auch die Erfassung der psychogenen und hysterischen Störungen, die mit den Mitteln der somatologischen Klinik weniger zu erfassen waren, besonders am Herzen. Schon in jungen Jahren trieb es ihn nach Paris, um die Arbeiten der französischen Forschung der Salpetrière, besonders *Charcot*s, an den Quellen kennenzulernen. In seiner wissenschaftlichen Ehrlichkeit und Selbstkritik war ihm die Wahrheit des Satzes: „Individuum est ineffabile" aufgegangen. Indem das Erlebnis und seine Bedeutsamkeit aufgefaßt wird im Zusammenhange einer individuellen Geistesstruktur und diese Individualität wieder im Zusammenhange der geistigen Struktur der Zeit, erzeugt sich jenes letzte Verstehen, das das Herz aller ärztlichen Betätigung ausmacht, und das von jeder Konstruktion

aus der Selbstbewegung des Begriffs unendlich weit entfernt ist. So wird der Kreislauf von Erleben, Ausdruck, Nacherleben und Verstehen das allgemeine Kennzeichen einer verstehenden Psychologie im Gegensatz zu den Naturwissenschaften, die das Verfahren von Induktion in äußerlich abstrakter Weise anwenden können, so wird *Otto Binswangers* Tätigkeit wissenschaftsgeschichtlich zu einer Ergänzung von *Emil Kraepelins* Forschungsrichtung. Die Hinwendung zu individual-psychologischer und charakterologischer Erfassung klinischer Bilder, wie sie in der Gegenwart lebendig geworden ist, äußerste sich bei ihm in einem weitgehenden Erfassen und Verstehen der psychischen Krankheitsverläufe von der subjektiven Seite her.

So war *Binswanger* nicht nur Forscher, sondern zugleich ein begnadeter Lehrer und Arzt. Schier unabsehbar ist die Zahl der Studierenden und Ärzte, die in den 37 Jahren seiner akademischen Lehrtätigkeit in Jena durch seine Klinik gegangen sind und dort wertvollstes Rüstzeug erworben haben.

Aber nicht nur dem großen Forscher, akademischen Lehrer und Arzt gilt unser verehrendes und dankbares Abschiednehmen. Was alle, die das Glück hatten, *Otto Binswanger* näher zu treten, in seinen Bann zog, war sein gütiges, menschliches Wesen, seine freudig-optimistische Lebensbejahung, das sprühende Temperament des immer jugendlichen Greises, die wohltuende Schlichtheit und Natürlichkeit, die, trotz einer Fülle von äußeren Erfolgen und Ehrungen, doch allem Scheinwesen und aller äußeren Mache abhold blieb.

„Ihr glücklichen Augen
Was je ihr gesehn,
Es sei, wie es wolle,
Es war doch schön!"

Jacobi (Stadtroda).

Verstorben: Dr. *Ed. Long*, a. o. Prof. der Neuropathologie in Genf und Medizinalrat Dr. *Dannenberger* am Philippshospital bei Goddelau.

Ernannt wurden: Sanitätsrat Dr. *Roesen*-Lübben zum Direktor der Brandenburger Landesanstalt Eberswalde, I. Oberarzt Dr. *Ahrens*-Sorau zum Direktor der Brandenburger Landesanstalt Neuruppin, I. Oberarzt Dr. *Viedenz*-Görden zum Direktor der Brandenb. Landesanstalt Görden, I. Oberarzt Dr. *Baumann*-Landsberg a. W. zum Direktor der Brandenburger Landesanstalt Lübben, Oberarzt Dr. *Hoegg*-Neuruppin zum Direktor der Heilstätte Waldfrieden bei Fürstenwalde a. d. Spree und Privatdozent Prof. Dr. *Pette*-Hamburg zum Direktor der neuen Nervenklinik des Sudenburger Krankenhauses in Magdeburg.

Titel und Rang eines Oberarztes wurde verliehen den Anstaltsärzten Dr. *Ladwig* in Werneck und Dr. *Schuch* in Erlangen sowie Dr. *Fiusle* in Ansbach, der nach Günzberg versetzt wurde.

Zum Landesprovinzialrat der Provinz Brandenburg wurde Direktor Sanitätsrat Dr. *Gallus*-Potsdam bestellt.

Zu I. Oberärzten befördert wurden die Oberärzte Dr. *v. Domarus*-Sorau, Dr. *Spliedt*-Görden, Dr. *Försterling*-Landsberg a. W., Dr. *Brandt*-Teupitz, Dr. *Liebert*-Lübben, Dr. *Gillwald*-Eberswalde, Dr. *v. Leupoldt*-Neuruppin, Dr. *Ehlers*-Potsdam, Dr. *Hagemeister*-Treuenbrietzen, Dr. *Wohlfahrt*-Treuenbrietzen, Dr. *Birnbaum*-Landsberg a. W., Dr. *Michalke*-Görden und Dr. *Schulze*-Görden, letzterer unter Versetzung nach Sorau.

Versetzt wurden: Regierungsmedizinalrat Dr. *Gerh. Müller* von Leipzig-Dösen nach Sonnenstein, Anstaltsarzt Dr. *Reinhardt* von Klingenmünster nach Erlangen.

Fortsetzung von Seite 2 des Umschlages.

Kleinere Mitteilungen.



ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BERZE-Wien, **BLEULER**-Zürich, **BONHOEFFER**-Berlin, **FISCHER**-Berlin-Dahlem, **KLEIST**-Frankfurt a. M.

DURCH

GEORG ILBERG
DRESDEN

90.—91. BAND
LITERATURHEFT



BERLIN UND LEIPZIG

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG - J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG - GEORG REIMER - KARL J. TRÜBNER - VEIT & COMP.

1932

BERICHT

ÜBER DIE

PSYCHIATRISCHE LITERATUR

IM JAHRE 1929

REDIGIERT

VON

HELMUT MÜLLER

LEIPZIG-DÖSEN

LITERATURHEFT

ZUM 90.—91. BANDE

DER ALLGEMEINEN ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE



BERLIN UND LEIPZIG

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG — J. GUTTENTAG, VERLAGS-BUCHHANDLUNG — GEORG REIMER — KARL J. TRÜBNER — VEIT & COMP.

1932

Archiv-Nr. 58 05 32
Druck von Walter de Gruyter & Co., Berlin W 10

1. Allgemeine Psychiatrie.

Ref.: H. Grimme-Hildesheim.

1. *Aiginger, J.*, Phosphaturie, Rachitis u. Tetanie bei Insuffizienz des Gehirns, besond. seiner vegetativen Funktionen. W.kl.W. 1217, 1252 (S. 35*).
2. *Albrecht, O.*, Über die Bedeutung des Singultus als Symptom nervöser Erkrankungen. W. kl. W. 20.
3. Allgemeine Physiologie der Nerven u. des Zentralnervensystems. Bd. IX vom Handb. d. normalen u. pathologischen Physiologie, hsg. von Bethe, v. Bergmann, Embden, Ellinger. Berlin, J. Springer. 840 S. 161 Abb. 78,— (85,80) M.
4. *Alouf, I.*, Die vergleichende Cystoarchitektonik der Area striata. J. Psychol. u. Neur. **38**, 5.
5. *Alpers, B.*, u. *H. Palmer*, The cerebral and spinal complications occuring during pregnancy and the puerperium. J. nerv. Dis. **70**, 465, 606.
6. *Altschul, R.*, e *E. De Angelis*, Sopra alcuni metodi d'impregnazione aurea. Arch. gen. di Neur. **10**, 137.
7. *Altschul, R.*, Untersuchungen über Goldimprägnation des Nervensystems. Arch. f. Psychiatr. **88**, 265.
8. *De Angelis, E.*, Martelletto a percussione graduata per l'esame del riflesso rotuleo. Riv. sper. Freniatr. **52**, 478.
9. *Appel, K. E.*, & *C. B. Farr*, The specific dynamic action of protein in relation to mental disease. J. nerv. Dis. **70**, 43.
10. Arbeiten aus d. Neurol. Inst. d. Wiener Universität. Bd. 31. Wien, F. Deuticke. 192 S. u. 10 Taf. 40,— M.
11. *Arndt, M.*, Über täglichen (24stündigen) Wechsel psychischer Krankheitszustände. Allg. Z. Psychiatr. **92**, 128 (S. 31*).
12. *Arnesen, H.*, Jean-Paul Marat, Dr. med. Med. Rev. (norw.) Nr. 8 (S. 34*).
13. *Aschner, B.*, Konstitutionstherapie beim Weibe. W. kl. W. 1313.
14. *Ashizawa, R.*, u. *F. H. Lewy*, Folgen isolierter Reizung und Ausschaltung des Streifenhügelkopfes bei der Katze. Z. exper. Med. **66**, 157.



15. *Ashkenasy, P.*, Über ein neues Sedativum und Hypnotikum »Neral«. Fortschr. Ther. 561.
16. *Auersperg*, Beobachtungen am menschlichen Plexus chorioides der Seitenventrikel. Arb. Neur. Inst. Wien **31**, 55.
17. *B.*, Erfahrungen mit Sulfosin. Landarzt 639.
18. *Badjul, B. A.*, Ein Fall »springender Pupillen«. Z. Neur. **122**, 48.
19. *Badt, B.*, Was leistet die Enzephalographie? D. m. W. 1503, 1543 (S. 30*).
20. *Baensch, W.*, Zur Aufnahmetechnik des Schädels. Röntgenpraxis Jg. **1**, 424.
21. *Balaban, N.*, Neurosen u. Psychosen als Folge des Erdbebens in der Krim 1927. Z. Neur. **119**, 722.
22. *Balakirew, P.*, Die spezifische Wärme des Zentralnervensystems. Biochem. Z. **216**, 313.
23. Banisterin u. Harmin (Landesges. rat 12. 7. 29). Veröff. Med. verw. **30**, H. 5 (H. 274). 1,80 M.
24. *Barrancos, A.*, Seltener Selbstmorddrang. Verh. 1. lat.-amer. Kongr. Neur., Psychiatr., ger. Med. **2**, 103 (span).
25. *Bau, St.*, Über Paraldehydvergiftung. Dtsch. Z. gerichtl. Med. **13**, 337 (S. 44*).
26. *Bauer, A.*, Selbstmörder in der Allgemeinpraxis. Med. Welt 1768.
27. *Bauer, R.*, Nervenärztliche Erfahrungen mit Dial u. Cibalgin. Med. Kl. 476.
28. *Beck, J.*, Vestibulärer Nystagmus bei einem Bewußtlosen. Z. Laryng. **18**, 121.
29. *Becker, H.*, Psychiatrie. Landarzt 611.
30. *Becker, R.*, Ein Beitrag zur Frage der Verbreitung der Geisteskrankheiten bei den Juden in Polen. Psychiatr.-neur. Wschr. 509.
31. *Bender, C.*, Die Unfruchtbarmachung minderwertiger Volkselemente. Mschr. dtsch. Ärztinnen 16.
32. *Benedek, L.*, Über den »Pollex-Reflex«. Dtsch. Z. Nervenheilk. **108**, 288 (S. 30*).
33. *Bergamini, M.*, Note istologiche ed istochimiche sull' encefalo infantile. Riv. sper. Freniatr. **53**, 117.
34. *Berger, H.*, Über das Elektrenkephalogramm des Menschen. Arch. f. Psychiatr. **87**, 527 (S. 31*).
35. *Berggren, St.*, Die Beziehungen zwischen Gehörhalluzination und Gehörorgan. Arch. Ohrenheilk. **120**, 141.
36. *Berggren, St.*, u. *E. Moberg*, Experimentelle Untersuchungen zum Problem des Schlafes. Acta psychiatr. (Kopenh.) **4**, 1.
37. *Beringer, K.*, u. *K. Wilmanns*, Zur Harmin-Banisterin-Frage. D. m. W. 2081 (S. 44*).

38. *Berlit*, Therapeutische Erfahrungen mit glukonsaurem Calcium (»Calcium-Sandoz«). Psychiatr.-neur. Wschr. 244 (S. 45*).
39. *Bertha, H.*, Weitere Untersuchungen zur Frage der Abhängigkeit des klonischen Krampfes von der Hirnrinde. Z. exper. Med. **65**, 725.
40. *Bien, E.*, Analyse einer optischen Wahrnehmungsstörung. Psychol. u. Med. Jg. **4**, 1.
41. *Bingel, A.*, Technik u. Ergebnisse der Enzephalographie (span.). Rev. méd. germ.-ib.-am. 24 (S. 30*).
42. *Ders.*, Über die röntgenologischen u. chirurgischen Untersuchungsmethoden in der Neurologie. Psychiatr.-neur. Wschr. 351 (S. 30*).
43. *Birnbaum, K.*, Der gegenwärtige Stand der Lehre vom Querulantenwahn. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 129.
44. *Ders.*, Nutzen u. Schaden der Schlafmittel. Z. ärztl. Fortbildg. 244.
45. *Blohmke*, Über den durch elektrische Reizung des Hirnstammes ausgelösten Nystagmus beim Kaninchen. Z. Hals- usw. Heilk. **24**, 520.
46. *Blum, E.*, Geisteskrankheit u. Gesellschaft. Schweiz. med. Wschr. 1129.
47. *Blume, G.*, Zur Frage der Avertinnarkose in der Psychiatrie. D.m.W. 61 (S. 46*).
48. *Blumenthal, W.*, Luminal in der allgemeinen Praxis. Med. Kl. 111.
49. *Boedecker, Fr.*, u. *H. Ludwig*, Über Noctal u. Pernocton. (Verhalten i. Organismus, Wertbestimmung ähnlicher im Bromallylrest abgewandelter Barbitursäuren, Einfluß der Struktur a. d. Wirksamkeit.) Naunyn-Schmiedebergs Arch. **139**, 353, 357, 361.
50. *Börnstein, W.*, Über die funktionelle Gliederung der Hirnrinde. Nervenarzt 223.
51. *Bok, S. T.*, Der Einfluß der in den Furchen u. Windungen auftretenden Krümmungen der Großhirnrinde auf die Rindenarchitektur. Z. Neur. **121**, 682.
52. *Borchardt, W.*, Beiträge zur Klimaphysiologie u. -Psychologie der Tropen. Arch. Schiffs- u. Tropenhyg. **33**, 505.
53. *Borda* u. a., Bericht der Kommission für die Klassifikation der Geisteskrankheiten. Verh. 1. lat.-amer. Kongr. Neur., Psychiatr., ger. Med. **1**, 167 (span.) (S. 44*).
54. *Borissow, Petrunkina* u. *Petrunkin*, Über die Bedingungen der Verbindung der grauen Substanz des Gehirns mit dem Chinin. Biochem. Z. **213**, 419.

55. *Borowsky, M. L.*, Der Blinzelabwehrreflex als neues Symptom bei Hemiplegie. Dtsch. Z. Nervenheilk. **110**, 134.
56. *Boschi, G.*, Tensione endocranica e suoi rapporti con le neurosi e con le psicosi. Riv. sper. Freniatr. **52**, 425.
57. *Bouman, L.*, u. *A. Grünbaum*, Eine Störung der Chronognosie. Mschr. Psychiatr. **73**, 1 (S. 31*).
58. *Brandl, R.*, Erythrozytose u. atypische Hirnkrankheiten. M. m. W. 1169 (S. 28*).
59. *Brann, R.*, Untersuchungen zur Frage der Rechts- u. Linkshändigkeit und zum Gestalterkennen aus d. Bewegung b. Kindern. Arch. f. Psychiatr. **86**, 255.
60. *Breithaupt*, Das Schlafmittel Noctal, ein ungesättigtes Barbitursäurederivat. M. m. W. 375.
61. *Brezina, E.*, u. *J. Wastl*, Über Körperbautypen u. Korrelationen der Körpermaße. Z. Konstit.lehre. **14**, 662.
62. *Brühl, G.*, Über die Häufigkeit u. Bedeutung der Ohrenerkrankungen bei Geisteskrankheiten. Allg. Z. Psychiatr. **90**, 151 (S. 32*).
63. *Brugger, C.*, Zur Frage einer Belastungsstatistik der Durchschnittsbevölkerung. Z. Neur. **118**, 459 (S. 35*).
64. *Brugia, R.*, Revision de la Doctrine des Localisations cérébrales. Paris, Masson et Co. 190 S. 24 fr.
65. *Brunner, H.*, u. *H. Hoff*, Das Nebelsehen bei Labyrinthreizung. Z. Neur. **120**, 796.
66. *Büchler, P.*, Depression, Konstitutionspathologie u. Stoffwechselforschung. Arch. f. Psychiatr. **86**, 677.
67. *Bumke, O.*, An den Grenzen der Psychiatrie. Berlin, J. Springer. 86 S. 4,20 M.
68. *Ders.*, Die Grenzen der geistigen Gesundheit. München, M. Hueber. 18 S. 0,80 M.
69. *Ders.*, Lehrbuch der Geisteskrankheiten. 3. Aufl. München, J. F. Bergmann. 806 S. 28.— M. (Allg. Z. Psychiatr. **95**, 318.)
70. *Burkhardt, H.*, Über ein diskordant eineiiges Zwillingspaar. Z. **121**, 277 (S. 35*).
71. *Buscaino, V. M.*, Sindromi allucinatorie, catatoniche, parkinsonsimili provocate dall' azione di ammine. Riv. Pat. nerv. **34**, 162 (S. 34*).
72. *ten Cate, J.*, Zur Frage der Entstehung des Schlafes beim Menschen. Z. Neur. **122**, 175.
73. *Ceni, C.*, Über eine genetische Hautreaktion. Z. Sex. wiss. **16**, 369.
74. *Cerletti, U.*, Istotettonica della corteccia cerebrale e malattie mentali. Riv. sper. Freniatr. **52**, 397.

75. *Chajes, Fl.*, Psychische Hygiene. (Ausstellung.) Z. Schulgesdhpfl. 759.
76. *Coerper, C.*, Über Körperbautypen u. ihre Bedeutung für die Kenntnis der Person. Mschr. dtsch. Ärztinnen 12, 25.
77. *Coghill, G. E.*, Anatomy and the Problem of Behaviour. London, Cambridge Univ. Press. 113 S. 7 s. 6 d.
77a. *Cohn, S.*, Das Leben als Synusie und seine Folgen für den Zusammenhang von Tuberkulose und Geisteskrankheiten. Fortschritte der Medizin. 48. Jahrg. Nr. 26. 1930 (S. 39*).
78. *Combemale, P.*, u. *A. Trinquet*, Über ein neues Schlafmittel das Somnothyril. Echo méd. du nord. Nr. 30 (S. 45*).
79. *de Crinis, M.*, Die Therapie des epileptiformen Symptomenkomplexes. Mitt. Volksgesdh.amt., (Wien), Ärztl. Praxis 101.
80. *Dahlstroem*, Erbe u. Milieu. Gedanken anläßlich einer begonnenen Milieuarbeit. Z. norw. Ärztever. 1928. Nr. 24 u. 1929. Nr. 12 (Norw.) (S. 209*).
81. *Dalmer, O.*, Weiterer Beitrag zum Identitätsbeweis der Alkaloide Harmin u. Banisterin. D. m. W. 1592.
82. *Dattner, B.*, Können Nerven- u. Geisteskrankheiten durch Änderung der Ernährung günstig beeinflußt werden? W. kl. W. 1651.
83. *David, W.*, Dringliche Therapie in der inneren Medizin: Gehirn, Narkotika. Med. Kl. 109, 754.
84. *Deicke, O.*, Klinische Erfahrungen mit Sandoptal als Schlafmittel. D. m. W. 1424.
85. *Deutsch, Felix*, Die innere Medizin als Hilfswissensch. der Psychiatrie. W. kl. W. 1098 (S. 40*).
86. *Deutsch, J.*, Ein Fall von akuter Thalliumvergiftung mit Zelio-Rattengiftkörnern. Kl. W. 2052 (S. 45*).
87. *Dervine, H.*, Recent advances in psychiatry. London, Churchill. 12,6 Sh.
88. *Dietrich, A.*, Zur Topographie der Cisterna cerebello-medullaris bei Hydrocephalus. Z. Neur. **121**, 224.
89. *v. Domarus, E.*, Das Denken u. seine krankhaften Störungen. Würzburger Abh. N. F. **5**, 369.
90. *Dove Cormac*, Light therapy in mental hospitals. Proc. roy. Soc. Med. **22**, 455.
91. *Doxiades, L.*, Über Kapillarmikroskopie im Kindesalter. D. m. W. 438 (S. 35*).
92. *Dresel*, Differentialdiagnose der Bewußtlosigkeit. Z. ärztl. Fortbildg. 380.
93. *Druckmann, A.*, Schlafsucht als Folge der Röntgenbestrahlung. Strahlenther. **33**, 382.

94. *Dumpert*, Über die Bedeutung des Singultus. Dtsch. Z. Nervhk. **110**, 106.
95. *Ebbecke, U.*, Über die Wirkung intrazerebral injizierter Substanzen beim Frosch. Z. Biol. **88**, 465.
96. *Ebinger*, Einige gynäkologische Erfahrungen u. Versuche in der neurologischen Praxis. Mschr. Geburtsh. **81**, 315.
97. *Ebstein, E.*, Zur Geschichte der Schädelperkussion. Z. Kinderheilk. **48**, 310.
98. *v. Economo, C.*, Der Zellaufbau der Großhirnrinde u. die progressive Cerebration. Erg. Physiol. **21**, 83.
99. *Ders.*, Wie sollen wir Elitegehirne verarbeiten? Z. Neur. **121**, 323.
100. *Eichenberger, E.*, Somatisch bedingte Angstträume. Arch. f. Psychiatr. **87**, 640.
101. *Eisinger, K.*, u. *P. Schilder*, Träume bei Labyrinthläsionen. Mschr. Psychiatr. **73**, 314.
102. *Engerth, G.*, u. *H. Hoff*, Ein Fall von Halluzinationen im hemianopischen Gesichtsfeld. Mschr. Psychiatr. **74**, 246.
103. *English, W. M.*, Report of the treatment with manganese chloride of 181 cases of schizophrenia, 33 of manic depression and 16 other defects or psychoses. Am. J. Psychiatr. **9**, 569.
104. *Enke, W.*, Das Problem der Dauerschlafbehandlung in der Psychiatrie. M. m. W. 1961 (S. 45*).
105. *Ernest, G.*, Der kranke Schumann. Med. Welt 1128.
106. *Ewald, G.*, Über das optische Halluzinieren im Delir u. in verwandten Zuständen. — Mschr. Psychiatr. **71**, 48.
107. *Farr, C. B.*, The blood sugar reaction to insulin in psychoses. Arch. of Neur. **21**, 145.
108. *Fazzari, I.*, Die Arterien des Kleinhirns. Anat. Anz. **67**, 497.
109. *Feller, A.*, Vergiftung mit Chloralhydrat. Beitr. gerichtl. Med. **9**, 146.
110. *Fetscher, R.*, Ehe- u. Sexualberatung. Soziale Med. 172.
111. *Ders.*, Ein Sterilisierungsgesetz in der Schweiz. D. m. W. 235.
112. *Filimonoff, I. N.*, Zur embryonalen und postembryonalen Entwicklg. d. Großhirnrinde. J. Psychol. u. Neur. **39**, 323.
113. *Fischer, M. H.*, Reizversuche mit »Wärmestrahlung« am Zentralnervensystem. Z. exp. Med. **68**, 139.
114. *Fischer, M. H.*, u. *Pötzl, O.*, Physiologische Untersuchungen nach Resektion der rechten Kleinhirnhemisphäre. Z. Neur. **119**, 163.
115. *Fischer, S.*, Der Gasstoffwechsel bei Depressionen. Arch. f Psychiatr. **86**, 237, dazu **87**, 639.

116. *Fleisch, A.*, Über Eigenreflexe. Schweiz. med. Wschr. 737.
117. *Fleischmann, S.*, Die Reflexe u. ihre Rolle in der Neurologie d. prakt. Arztes. Med. Welt 643.
118. *Ders.*, Zentrale oder periphere Gesichtslähmung? Med. Welt 1034.
119. *Foerster, O.*, Beiträge zur Pathophysiologie der Sehbahn u. d. Sehsphäre. J. Psychol. u. Neur. **39**, 463.
119a. Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete. Übersichten u. Forschungsergebnisse. Herausgegeben von Prof. Bostroem und Prof. J. Lange. Georg Thieme, Leipzig. (S. 40*, s. auch Allg. Z. Psychiatr. **90**, 68, 240, 465; **91**, 256, 332; **92**, 538; **93**, 124.)
120. *Foxe, A.*, A modification of the Babinski phenomenon. J. nerv. Dis. **69**, 414.
121. *Frank, E.*, Über die Beziehungen von Hypophyse u. Hypothalamus zum Wasserhaushalt. Med. Kl. 699.
122. *Franke, Der* Wortsprachsinn als siebenter Sinn. Dortmund, C. L. Krüger. 48 S.
123. *Frankhauser, K.*, Die Einheitsdiagnose, Psychiatr.-neur. Wschr. 97.
124. *Ders.*, Psychiatrische Romantik. (Klassifikation der Psychosen.) Psychiatr.-neur. Wschr. 531.
125. *Ders.*, Über rein mechanisch bedingte psychische Hemmungen. Psychiatr.-neur. Wschr. 379.
126. *Frankl, V.*, Selbstmordprophylaxe u. Jugendberatung. M. m. W. 1675.
127. *Friedemann, A.*, Klinische Studien über Schlaf und Schlafmittel. D. m. W. 91 (S. 45*).
127a. *Ders.* u. *St. Krauß*, Aphasische Syndrome bei toxisch-infektiös-traumatischen Erkrankungen. Dtsch. Z. Nervenheilk. **111**, 222 (S. 34*).
128. *Friedmann, L.*, Begriff u. Wesen des Krankseins. Nervenarzt 207, 293.
129. *Futer, D. S.*, u. *W. I. Weiland*, Der Kalium-Kalzium-Umsatz bei Nerven- u. Geisteskrankheiten. Z. Neur. **122**, 811.
130. *Gagel, V.*, u. *G. Bodechtel*, Die Topik u. feinere Histologie der Ganglienzellgruppen in Oblongata u. Pons m. Hinw. a. Glia u. Histopathologie. Z. Anat. **91**, 130.
131. *Galant, J. S.*, Das Farbenhören in der Kunst u. in der Psychiatrie. Fortschr. Med. 965.
132. *Ders.*, Ein neues Konstitutionstypensystem und seine Anwendung in der Psychiatrie. Allg. Z. Psychiatr. **91**, 159.
133. *Ders.*, Leo Tolstoi u. seine Beziehungen zur Psychiatrie. Psychiatr.-neur. Wschr. 31.
134. *Ders.*, Über Autohalluzinationen. Z. Neur. **120**, 585.

135. *Ders.*, 10 Jahre Reflexforschung. Mschr. Kinderheilk. **45**, 404.
136. *Gallinek, A.*, Die Avertinnarkose in der Neurologie u. Psychiatrie. Mschr. Psychiatr. **73**, 109 (S. 45*).
137. *Ders.*, Erfahrungen mit Insulin in der Psychiatrie. Arch. f. Psychiatr. **88**, 19 (S. 45*).
138. *Gaupp, R.*, Über den Selbstmord. Amsterdam, psychiatr.-jur. Gezelsch. 9. 2. 1929 (S. 40*).
139. *Ders.*, Über die Geschlechtsunterschiede bei Psychosen u. ihre Bedeutung für eine vergleichende Psychologie der Geschlechter. Z. Sex.wiss. **16**, 81 (S. 32*).
140. *Gebert, Fr.*, Zur Psychopathologie der Fremdkörperschlukker. M. m. W. 537.
141. *Gehrke, A.*, Organtherapie bei Nervenkrankheiten. M. m. W. 1042.
142. *Gerlach, E.-J.*, u. *H. Weber*, Über ein menschliches Gehirn mit Verdopplung der Zentralfurche. Anat. Anz. **67**, 440.
143. *Gjessing*, Fokale Infektion (nach Cotton). (Norw.) Ber v. Dikemark Asyl. Norw. offiz. Statistik VIII, 84. Tätigk. d. Irrenanstalten. Oslo (S. 44*).
144. *Goette, K.*, Über die Darstellung des Encephalogramms und seine Grenzen des Normalen u. Pathologischen. Dtsch. Z. Nervenheilk. **110**, 9.
145. *Goldbladt, H.*, u. *Ph. Pastschenko*, Spontane Zehenphänomene. Mschr. Psychiatr. **73**, 217.
146. *Goldin, L. S.*, Furchentypen d. menschlichen Gehirns. Arch. f. Psychiatr. **88**, 295.
147. *Goldstein, K.*, Zum Problem der Tendenz zum ausgezeichneten Verhalten. (Beitr. z. Symptomat. d. Kleinhirn- u. Stirnhirnläsion.) Dtsch. Z. Nervenheilk. **109**, 1.
148. *Ders.*, Zur Methodik des Zeigeversuches. Nervenarzt 449.
149. *Gordon, R. G.*, The physiological basis of repression and dissociation. J. of Neur. **10**, 106.
150. *Grafe, E.*, u. *E. Grünthal*, Über isolierte Beeinflussung des Gesamtstoffwechsels vom Zwischenhirn aus. Kl. W. 1013.
151. *Grahe, K.*, Lageprüfungen u. -reaktionen beim Menschen. Arch. f. Ohrenheilk. **121**, 304.
152. *Grün, R.*, Blutsenkungsgeschwindigkeit und Blutstatus bei Nervenkrankheiten. Kl. W. 1618.
153. *Grünbaum, A.*, Experimentelles zur Lehre vom systematischen Zusammenhang der motorischen Erscheinungen. (Provokation pseudozerebellärer u. subcorticaler Symptome.) Z. Neur. **120**, 286.

154. *Grünthal, E.*, Der Zellaufbau des Hypothalamus beim Hunde. Z. Neur. **120**, 157.
155. *Grund, G.*, Psychologische Grundlagen der Anamnese. M. m. W. 49.
156. *Günther, H.*, Über »zerebrale« Polyglobulie. Dtsch. Arch. klin. Med. **165**, 41 (S. 40*).
157. *Guggenheimer, H.*, u. *I. Fischer*, Experimentelle u. klinische Beobachtungen über die gefäßerweiternde Wirkung einiger Hypnotika, insbesondere kleiner sedativer Dosen von Chloralhydrat. D. m. W. 177.
158. *Gundel, M.*, u. *A. Tornquist*, Über Beziehungen zwischen Blutgruppen u. Geisteskrankheiten. Arch. f. Psychiatr. **86**, 576 (S. 35*).
159. *Guttmann, E.*, Die Entwicklung des Lokalisationsproblems in der Neurologie. M. m. W. 1126.
160. *Haas, L.*, Über die klinische Wertung der Sellagröße. Z. Neur. **122**, 705.
161. *Haberlandt, L.*, Über den Erregungsstoff im Zentralnervensystem. M. m. W. 1240; Pflügers Arch. **223**, 171.
162. *Ders.*, Untersuchungen über einen Erregungsstoff im Centralnervensystem. Med. Kl. 1961.
163. *Hamburger, Hans*, Phanodorm als Hypnotikum der Rekonvalescenz. Med. Kl. 757.
164. *Hamperl, H.*, Über die verimpfende Wirkung von Gehirnpunktionen. W. kl. W. 432.
165. *Hauchmann, S.*, Indices als Bestimmer des Konstitutionstypus. Z. Konstit.lehre **14**, 679.
166. *Hauptmann, A.*, Der Einfluß der Generationsvorgänge auf die Psyche der Frau. Arch. Frauenkde. **15**, 381 (S. 32*).
167. *Hechst, B.*, Klinisch-anatomische Beiträge zur zentralen Regulation des Schlaf-Wachseins. Arch. f. Psychiatr. **87**, 505.
168. *Heidenhain, A.*, Über Pathographie. D. m. W. 1869, 1915.
169. *Heidepriem, C.*, Neodorm; Banisterin. — Sulfosin-Leo; Bulbocapnin. Med. Kl. 721, 1592.
170. *Henry, G.*, & *M. Doyle*, Focal infection in teeth. Amer. J. Psychiatry **8**, 915.
171. *Heß, L.*, u. *J. Faltitschek*, Über die Funktion der vegetativen Mittelhirn-Zentren. Kl. W. 1806.
172. *Hilarowicz* u. *Szajna*, Über den Einfluß der subduralen Darreichung von Kaliumchlorid. Z. exp. Med. **64**, 772.
173. *Hlisnikowski, H.*, Über das Schlafmittel Neodorm. Med. Kl. 877.
174. *Hochstetter, F.*, Beiträge z. Entwicklungsgeschichte des

menschlichen Gehirns. Tl. 2, 3, Mittel- u. Rautenhirn. Wien, F. Deuticke. S. 83—206, 42,— M.
175. *Hoff, H.*, Beiträge zur Relation der Sehsphäre u. des Vestibularapparates. Z. Neur. **121**, 751.
176. *Ders.*, Die psychische Beeinflussung der Organfunktion. W. m. W. 932.
177. *Ders.*, Experimentelle Untersuchungen über das Eindringen von Metallsalzen durch Inhalation ins Zentralnervensystem. J. Psychiatr. u. Neur. **46**, 209.
178. *Ders.*, Reizversuche in der Gegend des Sulcus interparietalis beim Menschen. Z. Neur. **120**, 788.
179. *Ders.*, Zusammenhang von Vestibularfunktion, Schlafstellung u. Traumleben. Mschr. Psychiatr. **71**, 366.
180. *Ders.*, u. *P. Schilder*, Über lokale Reaktionen bei Diathermie des Gehirns. Kl. W. 1856.
181. *Hoffmann, P.*, Ist es möglich, die physiologischen Erfahrungen über Sehnenreflexe (Eigenreflexe) mit d. pathologischen in Einklang zu bringen? Nervenarzt 641.
182. *Hofstätter, R.*, Ähnlichkeit, Gattenwahl u. Ehe. Z. Sex.wiss. **16**, 242.
183. *Horvat, C.*, Ein Beitrag zur Verhütung des Bromismus. W. m. W. 601.
184. *Hühnerfeld, J.*, Die Eignung des Hämatoporphyrins als Therapeutikum bei der Depression. 1. Mitt. — Med. Welt 1537.
185. *Hüter, P.*, Das Halluzinationsproblem in der deutschen Literatur seit Jaspers. Psychiatr.-neur. Wschr. 635, 649 (S. 32*).
186. *Hultkrantz, J. W.*, Gehirnpräparation mittels Zerfaserung. Berlin, J. Springer. 35 S. u. 15 Taf. 6,60 M.
187. *Ilberg, J.*, Über Fiebertherapie bei Nervenkrankheiten im Altertum. Allg. Z. Psychiatr. **91**, 253.
188. *Isserlin, M.*, Die pathologische Physiologie der Sprache. Ergebn. Physiol. **21**, 129.
189. *Iwanow, G.*, Über die Abflußwege aus den Subarachnoidalräumen. Z. exp. Med. **64**, 356.
190. *Jacobi, W.*, Studien zur röntgenographischen Darstellung der Kopfarterien des Hundes. Arch. f. Psychiatr. **86**, 240 (S. 30*).
191. *Ders.*, Psychiatrie u. Weltanschauung. (Abh. Neur. H. 51). Berlin, S. Karger. 91 S. 7,20 M.
192. *Jaensch, W.*, Die Hautkapillarmikroskopie. Halle a. d. S., C. Marhold. 240 S. 9,30 M. (S. 35*).
193. *Jahnel, F.*, Vergleichende Krankheitsforschung u. Ätiologie. Dtsch. Z. Nervenheilk. **111**, 33.

194. *Jakob, A.*, Reisebrief aus Südamerika. D. m. W. 281.
195. *Jelliffe, S. E.*, and *White*, Diseases of the nervous system. A text-book of neurology and psychiatry. Philadelphia, Lea u. Febiger. 1174 S. $ 9,50. (Allg. Z. Psychiatr. **91**, 503.)
196. *Juliusburger, O.*, Hygiene des Seelenlebens. Med. Welt 1226.
197. *Jungmann, H.*, u. *P. Kimmelstiel*, Über den Ursprung der Milchsäure im Zentralnervensystem. Biochem Z. **212**, 347.
198. *Käer, E.*, u. *S. Loewe*, Die Wirkungsvariationen in Allylisopropylbarbitursäure-Pyramidon-Gemischen (»Allonal«). Schmerz. Jg. **2**, 323.
199. *Kahlbaum, S.*, Über heilpädagogische Methoden in der Behandlung Geisteskranker. Ber. 4. Kongr. Heilpädagogik. Berlin, J. Springer. S. 251 (S. 45*).
200. *Kahler, H.*, u. *F. Knollmayer*, Über die Anwendung von künstlicher Hyperthermie als Ersatzmittel der experimentellen Fiebertherapie. (Glühlichtbad usw., auch bei Gehirnkrankheiten.) W. kl. W. 1342.
201. *Kahn, E.*, Über Wahnbildung. Arch. f. Psychiatr. **88**, 435.
202. *Ders.*, Welche Möglichkeiten bieten die Ergebnisse d. exp. Vererbungslehre zur Erklärung des Auftretens verschiedener Symptome bei Geisteskrankheiten, die auf gleicher erblicher Grundlage beruhen? Nervenarzt 284 (S. 36*).
203. *Kalk, H.*, Zur Frage der Existenz einer histamin-ähnlichen Substanz beim Zustandekommen des Dermographismus. Kl. W. 64.
204. *Kankeleit*, Unfruchtbarmachung oder Internierung? Arch. f. Psychiatr. **86**, 818.
204a. *Ders.*, Die Unfruchtbarmachung aus rassenhygienischen und sozialen Gründen. München, J. F. Lehmann. 112 S. 5,50 M. (S. 40*).
205. *Kanzler, B.*, Eine Modifikation der Darstellung der Hortegaschen Gliazellen für Formalinmaterial. Z. Neur. **122**, 416, dazu *Kufs* 420.
206. *Kartal, St.*, Kastration aus psychiatrischer Indikationsstellung; eine chirurgische Nachuntersuchung. Arch. klin. Chir. **155**, 324 (S. 33*).
207. *Katzenelbogen, S.*, The Buscaino black reaction in urine. Amer. J. Psychiatr. **8**, 1021.
208. *Katzenstein, E.*, Der Fasciculus centroparietalis. Schweiz. Arch. Neur. **25**, 3.
209. *Kawata, N.*, Was bedeutet die eigenartige Lokalisation der Corpora amylacea? Z. Neur. **120**, 17.
210. *Keeser, J.*, Beitrag zur pharmakologischen Wirkung der

Barbitursäurederivate Pernocton u. Somnifen. Schmerz Jg. **2**, 260.
211. *Kehrer, F.*, Die Beziehungen zwischen der heutigen experimentellen Erbforschung u. der genealogischen Neurologie. Nervenarzt 262.
212. *Ders.*, Über Hypochondrie. Allg. ärztl. Z. Psychother. **2**, 473.
213. *Ders.*, Wesen u. ärztliche Bedeutung der Charakterologie. D. m. W. 297.
214. *Klaue, W.*, Über Sedormid (Roche) ein neues Sedativum u. Hypnotikum. M. m. W. 1637.
215. *Klein, E., u. Schilder*, The japanese illusion and the postural model of the body. J. nerv. Dis. **70**, 241.
216. *Klemperer, E.*, Totalkapazitätsbestimmungen bei Psychosen. Mschr. Psychiatr. **71**, 116 (S. 33*).
217. *Klüber, J.*, Unsere Erfahrungen mit »Medinal«. M. m. W. 864 (S. 46*).
218. *Kogerer, H.*, Die psychiatrischen u. neurologischen Indikationen zur Schwangerschaftsunterbrechung. Mitt. Volksgesamtes (Wien). Ärztl. Praxis 179.
219. *Kopeloff, N.*, & *G. Kirby*, The relation of focal infection to mental disease. J. ment. Sci **75**, 267.
220. *Krasusky, W. S.*, Erfahrungen durch das Vergleichsstudium der Konstitutionseigenheiten bei normalen Kindern, jugendlichen Rechtsübertretern u. psychisch kranken Kindern. Mschr. Krim. psychol. 76.
221. *Krause, F.*, Über einen Bildungsfehler des Kleinhirns u. faseranatomische Beziehungen. Z. Neur. **119**, 788.
222. *Kretschmer, E.*, Körperbau u. Charakter. 7. u. 8. verm. u. verb. Auflage. Berlin, J. Springer. 233 S. 13,60 Mk.
223. *Krisch, H.*, u. *E. A. Spiegel*, Sichtbarmachung latenter, experimentell hervorgerufener Tonusstörungen mit Bulbocapnin. Z. Neur. **122**, 535.
224. *Kroiß, O.*, Die gegenwärtig an der Würzburger Psychiatrischen u. Nervenklinik geübte Methode der Schädel- u. Hirnsektion. Allg. Z. Psychiatr. **90**, 55 (S. 28*).
225. *Kroll, M.*, u. *F. Bogorad*, Zwangsdrehungen des Körpers um die Längsachse als vestibulär bedingter Stellreflex. Nervenarzt 532.
226. *Kronfeld, A.*, Die verschiedenen Konstitutionstypen u. die Möglichkeit ihrer Änderung. Med. Welt 1679 u. 1753 (S. 36*).
227. *Kühn, A.*, Studien über den Veronalnachweis im Harn. Dtsch. Z. gerichtl. Med. **13**, 115.

228. *Küppers, E.*, Kritisches zur Lehre von den bedingten Reflexen. Dtsch. Z. Nervenheilk. **111**, 215.
229. *Kufs, H.*, Die histochemischen Grundlagen der Darstellung der Spirochaeta pallida im Gefrierschnitt nach *Kanzler* u. eine brauchbare Modifikation dieser Methode. Z. Neur. **118**, 516.
230. *v. Kuhlberg, H.*, u. *W. Rabinowitsch*, Pharmakologische Untersuchungen u. klin. Erfahrungen mit Diaethylbarbitursäure-Coffein. Arch. f. Psychiatr. **89**, 13.
231. *Kuhlenbeck, H.*, Erwiderung auf die vorstehende Entgegnung von M. Rose. Anat. Anz. **67**, 403; **68**, 197.
232. *Kunert, G.*, Das Zeichen von Caciapuoti. Dtsch. Z. Nervenheilk. **108**, 146.
233. *Kyrieleis, W.*, Über Stauungspapille. Graefes Arch. **121**, 560.
234. *Laignel-Lavastine et Papillaut*, Différences morph. physiol. et psychiques de deux jumeaux univitellins. Schweiz. Arch. Neur. **24**, 100.
235. *Landau, E.*, Einige Worte über die Nervenzellen der Körnerschicht des Kleinhirns. Z. Neur. **122**, 450.
236. *Lange, J.*, Leistungen der Zwillingspathologie f. d. Psychiatrie. Allg. Z. Psychiatr. **90**, 122.
237. *Ders.*, Psychiatrie des prakt. Arztes. München, J. F. Lehmann. 106 S. 4,— M. u. M. m. W. Nr. 21ff. (S. 41*).
238. *Langer, P.*, Zum psychiatrischen Aufklärungsfilm. Psychiatr.-neur. Wschr. 87.
239. *Lauber, H.*, Augenstörungen als Zeichen nervöser Erkrankung. W. kl. W. 146.
240. *Laughlin, H.*, Die Entwicklung der gesetzlichen rassenhygienischen Sterilisierung in den Vereinigten Staaten. Übers. v. *Lenz*. Arch. Rassen- etc. Biol. **21**, 253.
241. *Lebedinsky* u. *Luria*, Die Methode der abbildenden Motorik in der Untersuchung der Nervenkranken. Arch. f. Psychiatr. **87**, 471.
242. *Leidler, R.*, Versuch einer psychologischen Analyse des Schwindels. III. Mitt. Mschr. Ohrenheilk. 1233.
243. *Lendle, L.*, Untersuchungen über den verschiedenen Angriffspunkt einiger Narkotika im Zentralnervensystem. Naunyn-Schmiedeb. Arch. **143**, 108.
244. *Lenk, E.*, Gehirn u. Genie. Med. Welt 1639.
245. *Lenz, Fr.*, Alkohol u. Entartung. Alkoholfrage. 317.
246. *Leven*, Die Rolle des Geschlechts bei der Vererbung geistiger Eigenschaften. Med. Welt 1162.
247. *Levinger, E.*, Über die Bedeutung der Sexualität für den

Mechanismus von Psychosen (zugl. über »Abbau der Funktion«). Z. Neur. **119**, 701 (S. 33*).

248. *Ders.*, Über Verstärkung des Beugetonus der Finger als zerebellares Symptom. Mschr. Psychiatr. **71**, 270.

249. *Levinsohn, G.*, Kurze Bemerkung zur Pathogenese der Stauungspapille. Graefes Arch. **123**, 34.

250. *Levy, D.*, A method of integrating physical and psychiatric examination. Amer. J. Psychiatry **9**, 121.

251. *Lewin, L.*, Banisteria Caapi, ein neues Rauschgift und Heilmittel. Berlin, G. Stilke. 18 S. 1,50 M.

252. *Lieb, H.*, u. *E. Schadendorff*, Über die Millonsche Reaktion des Harnes bei Geisteskranken. Hoppe-Seylers. Z. **184**, 108.

253. *Lingjaerde, O.*, Psychosen behandelt mit Thyreoideatabletten und Leber. Nord. Medis. Tidsskrift I (norw.) (S. 137*).

254. *Ders.*, Untersuchungen über die Funktion der Leber bei Geisteskranken. Verhandl. d. nord. psychiatr. Kongresses in Oslo 1926. Sonderdruck Oslo (norw.) (S. 28*).

255. *Lipliawsky*, Neral und seine sedative und hypnotische Wirkung. Allg. med. Ztr.-Ztg. 246.

256. *Loewe, S.*, u. *P. Moljawko-Wyssotzki*, Vergleichende Untersuchungen über die Bindung einiger Narkotika an lipoidreichere und -ärmere Gewebsarten. Biochem. Z. **206**, 194.

257. *Loewenthal, J.*, Zur Familiengeschichte des Hauses Bourbon. Z. Sex.wiss. **16**, 235.

258. *Loo, Y.*, On formation of human cerebral cortex. Anat. Anz. **68**, 305.

259. *Lopes, E.*, Über Psychosen im Kindesalter, besonders die Paralyse b. Kindern. Verh. d. 1. lat. amerikan. Kongr. f. Neur., Psychiatr. u. ger. Med. **1**, 443 (portug.).

260. *Lorenz*, Neodorm, ein mildwirkendes Hypnoticum und Sedativum. Med. Klin. 522.

261. *Lutz, J.*, Über die Dauernarkosebehandlung in der Psychiatrie. Z. Neur. **123**, 91.

262. *Luxenburger, H.*, Die Bedeutung der Statistik für die psychiatrische Erblichkeitsforschung. Psychiatr.-neur. Wschr. 145 (S. 36*).

263. *Ders.*, Die wichtigsten neueren Fortschritte der psychiatrischen Erblichkeitsforschung. Fortschr. Neur. 82 (S. 36*).

264. *Ders.*, Erbbiologische Geschichtsbetrachtung, psychiatrische Eugenik u. Kultur. Z. Neur. **118**, 685 (S. 37*).

265. *Macpherson*, J., Die gegenwärtige Psychiatrie und die sie gestaltenden Einflüsse. (Übers. a. J. ment Sci.) Psychiatr.-neur. Wschr. 321.

266. *Magg, F.*, Beitrag zur Belastungsstatistik der Durchschnittsbevölkerung. Z. Neur. **119**, 39 (S. 37*).

267. *Mair, R.*, Zur Topographie des Tractus u. Bulb. olf. b. Menschen. Anat. Anz. **67**, 501.
268. *Mangold, E.*, Schlaf und schlafähnliche Zustände bei Menschen und Tieren. Berlin, Parey. 20 S. 1,80 M.
269. *Mankowski, B. N.*, Zur Frage der Lokalisation der Sensibilität in der Hirnrinde. Arch. f. Psychiatr. **88**, 179.
270. *Manuel*, Über die Brauchbarkeit eines neuen Schlafmittels. (Quadro-Nox.) W. m. W. 1630.
271. *Marañón, G.*, Los estados intersexuales en la especie humana. Madrid, Morata. 262 S.
272. *Marcuse, H.*, Die energetische Psychologie u. ihre Bedeutung für die Psychiatrie. Allg. Z. Psychiatr. **90**, 419 (S. 41*).
273. *Ders.*, Die psychischen Reaktionsformen. Berlin, S. Karger. 262 S. 22,— M.
274. *Ders.*, Über die Angst. Mschr. Psychiatr. **71**, 277 (S. 42*).
275. *Ders.*, u. *F. Kallmann*, Zur Sulfosinbehandlung der Paralyse u. Schizophrenie. Nervenarzt 149.
276. *Marinesco, Sager* u. *Kreindler*, Beiträge zur allgemeinen Theorie des Schlafes. Z. Neur. **122**, 23.
277. *Dies.*, Experimentelle Untersuchungen zum Problem des Schlafmechanismus. Z. Neur. **119**, 277.
278. *Markó, D.*, Zur Röntgenanatomie der Cisterna cerebello-medullaris. Med. Klin. 471.
279. *Marx, G.*, Novonal als Schlafmittel. D. m. W. 1258.
280. *Mas de Ayala, J.*, Neues Mittel für die Fiebertherapie: Treponema hispanicum. Verhandl. d. 1. lat.-amer. Kongr. Neur., Psychiatr. u. ger. Med. **2**, 389 (span.) (S. 47*).
281. *Mayer-Groß, W.*, Die Entwicklung der klinischen Anschauungen Kraepelins. Arch. f. Psychiatr. **87**, 30 (S. 42*).
282. *Meerhoff, A.*, Die Anwendung von Strychnin in hohen Dosen bei Polyneuritis, Depressionszuständen, Alkoholismus usw. Dtsch. Z. Nervenheilk. **108**, 155.
283. *Mehes, J.*, Studien über den Skopolaminschlaf und seine Verstärkung durch Morphium. Naunyn-Schmiedebergs Arch. **142**, 309.
284. *Menninger-Lerchenthal*, Über die bemerkenswerten Heilungsvorgänge bei Psychosen. Allg. Z. Psychiatr. **90**, 359 (S. 33*).
285. *Meyer, A.*, Der Mensch als Naturwesen u. die Wissenschaft. (Krit. Bespr. v. Monakow u. Mourgue, introduction biologique à l'état de la neur. et psychopath.) Nervenarzt 472.
286. *Meyer, E.*, Die gegenwärtigen praktischen und wissenschaftlichen Bestrebungen in der Psychiatrie. D. m. W. 7.
287. *Ders.*, Psychiatrie in der Tätigkeit des praktischen Arztes. Z. ärztl. Fortbild. 224.

288. *Ders.*, Schwangerschaftsunterbrechung, Heirat und Ehescheidung von Geisteskranken. D. m. W. 257.
289. *Meyer, Erich*, Zur Verhütung des Selbstmordes, insbesondere der Jugendlichen. M. m. W. 1459.
290. *Meyer, H.*, Studien an jugendlichen Zwillingen. Z. Neur. **120**, 501.
291. *Minkowski, E.*, Kritische Analyse einiger Arbeiten über die Halluzinationen. Nervenarzt 406.
292. *Mirsalis, T.*, Ein neuer Fall von Arhinencephalie. Anat. Anz. **67**, 353.
293. *Mittelbach, M.*, Über erworbene Spaltbildungen in der Großhirnrinde. Beitr. path. Anat. **83**, 445.
294. *Mjoen, J. A.*, Gesundheitsprüfung vor der Eheschließung. (Norwegen.) Volksaufartg. 137.
295. *Moebius, H.*, Beiträge zur Kenntnis der Beziehungen zwischen Rasse, somatischer u. psychischer Konstitution. Z. Konstit.lehre **14**, 470.
296. *Mogilnitzky* u. *Podljaschuk*, Zur Frage ü. d. Wirkung der Röntgenstrahlen auf das zentrale Nervensystem. Fortschr. Röntgenstr. **40**, 1096.
297. *v. Monakow*, C., Zur Frage nach Neugründung der »Brainkommission« (internat. Hirnkomm.) u. einer international organisierten Hirnforschung. Schweiz. Arch. Neur. **24**, 3 (S. 42*).
298. *Muck, O.*, Über ein bei kalorischer Reizung des Ohrlabyrinths entstehendes, im Adrenalin-Sondenversuch nachweisbares vasomotorisches Reflexphänomen. Z. Hals- usw. heilk **23**, 171 (S. 30*).
299. *Ders.*, Über eine vasomotorisch bedingte Nystagmusart. Z. Hals- usw. heilk. **25**, 88 (S. 30*).
300. *Ders.*, Über halbseitige Leitungsstörungen am Kopf- u. Halsteil des Nervus sympathicus im rhinoskopischen Bild des Adrenalin-Sondenversuchs. Z. Neur. **118**, 421 (S. 30*).
301. *Müller, L. R.*, Über die Gegensätzlichkeit in der Lebensinnervation. Dtsch. Z. Nervenheilk. **111**, 102.
302. *Müller, O.*, Die Aufmerksamkeit bei Geisteskranken. Psychiatr.-neur. Wschr. 625.
303. Neodorm ein neues Schlafmittel der Fettsäurereihe. D. m. W. 56.
304. *Neurath, R.*, Physiologie und Pathologie der Entwicklungsjahre. Berl. Klin. H. 400.
305. *Neustadt, R.*, Leber und Gehirn. Nervenarzt 34, 96, 158 (S. 31*).
306. *Neymann, Cl.*, u. *K. Kohlstedt*, A new Diagnostic test for

introversion — extroversion. J. abnorm. a. soc. Psychol. **23**, 482.
307. *Nyirö, J.*, X. Landestagung der ungarischen psychiatrischen Gesellschaft. Budapest, Pester Lloyd-Ges. (S. 42*).
308. *O.*, Vererbung von Geisteskrankheiten. Volksaufartg. 261.
309. *Odefey*, Somnifen-Vergiftung. Med. Welt 268.
310. *Olbrycht, J.*, Zur Kasuistik der selteneren Vergiftungsarten. (Luminal.) Beitr. gerichtl. Med. **9**, 83.
311. *Oppermann, Kl.*, Cajalsche Horizontalzellen und Ganglienzellen des Marks. Z. Neur. **120**, 121.
312. *Oppler, W.*, Ein Beitrag zur Lehre von den pellagrösen Erkrankungen. Z. Neur. **123**, 27.
313. *Ders.*, Über einen Fall von familiärer psychischer Epidemie. Arch. f. Psychiatr. **86**, 729.
314. *Orton, S.*, The 3 levels of cortical elaboration in relation to certain psychiatric symptoms. Amer. J. Psychiatry. **8**, 647.
315. *Ostmann*, Studien über das weiße Blutbild bei Schizophrenen. Allg. Z. Psychiatr. **91**, 497 (S. 28*).
316. *Oswald, A.*, Psyche und vegetatives System. Berl. Klin. H. 404/405.
317. *Palcsó, V.*, Die Verteilung und die praktische Bedeutung der in den subarachnoidalen Raum injizierten Flüssigkeit. Arch. f. Psychiatr. **87**, 778.
318. *Perelmann, A.*, u. *S. Blinkow*, Über einige Faktoren, welche die Verteilung der Körperbautypen bei den Schizophrenen, Kriminellen und Geistig-Gesunden beeinflussen. Arch. f. Psychiatr. **86**, 501.
319. *Perémy, G.*, Über den diagnostischen Wert des Handreflexes von Juster. Dtsch. Z. Nervenheilk. **109**, 77.
320. *Perlmutter, M.*, Die Besonderheiten des Größenwahns bei verschiedenen Psychosen. (Paralyt. Größenwahn bei postenzephal. Parkinsonism.) Z. Neur. **121**, 410.
321. *Petrasch, G.*, Die therapeutisch bedeutsamen Faktoren des Seeklimas u. das kindliche Seelenleben. Z. angew. Psychol. **34**, 47.
322. *Petrunkina, A.*, u. *M. Petrunkin*, Über die Bedingungen des Magnesium- u. Bromschlafes. Z. exper. Med. **68**, 720.
323. *Pfahl, J.*, Über Koordination und Inkoordination auf Grund graphischer Aufzeichnung von Bewegungsvorgängen. Z. Neur. **121**, 429.
324. *Pfister*, Die psychiatrische Diagnose. Schweiz. med. Wschr. 112.
325. *Pighini, G.*, L'ormonizzazione sessuale della donna nelle malattie nervose e mentali. Riv. sper. Freniatr. **53**, 1.

326. *Pilcz, A.*, Erkrankungen des Zentralnervensystems u. Verdauungstrakt. W. m. W. 267.
327. *Ders.*, Neuere Fortschritte in der Therapie der Nerven- u. Geisteskrankheiten. (Mit Ausschl. d. Fieberther.) W. m. W. 1507.
328. *Pitfield, R.*, The Hoffmann Reflex — a simple way of reinforcing it and other reflexes. J. nerv. Dis. **69**, 252.
329. *Plant, J.*, Sociological factors challenging the practice of psychiatry in a metropolitan district. Amer. J. Psychiatry **8**, 705.
330. *Pötzl, O.*, Biologische Beziehungen der klinischen Psychiatrie. W. kl. W. 129.
331. *Ders.*, Über die Vererbung von Geisteskrankheiten vom Standpunkte eugenischer Bestrebungen. W. kl. W. 882.
332. *Ders.*, Zur Beurteilung von Gedächtnisstörungen in der Sprechstunde. W. kl. W. 570.
333. *Ders.*, *Economo*, *Pick*, *Molitor* u. *Straßer*, Der Schlaf. J.kurse ärztl. Fortbild. H. 5.
334. *Pollak, E.*, Das Symptomenbild der Hirnschwellung. Mitt. Volksgesdh.amt, ärztl. Praxis 344.
335. *Popow, E.*, Über tonische Halsreflexe u. ihre Beziehungen zu Mitbewegungen. Mschr. Psychiatr. **73**, 101.
336. *Přibram, H.*, Über die Nebenwirkung der Arzneimittel. Beitr. ärztl. Fortbild. (Prag) 288, 302.
337. *Prinzing*, Statistisches zum Selbstmordproblem. Med. Welt 1775.
338. *Rabinowitsch, W.*, Untersuchungen über Kohlensäurespannung b. natürlichem Schlaf und b. Wirkung von Schlafmitteln. Z. exper. Med. **66**, 284.
339. *Raecke, J.*, Grundriß der psychiatrischen Diagnostik. 10. Aufl. Berlin, J. Springer. 171 S. 6,90 M.
340. *Ders.*, Neue Fragestellungen über die Aufgabe der Eheberatungen. Ärztl. Ver.Bl. 199.
341. *Rawak, F.*, Katamnesen über Angstpsychosen. Mschr. Psychiatr. **72**, 196.
342. *Reck, S.*, u. *H. Haack*, »Pernocton«, ein neues injizierbares Schlafmittel. Allg. Z. Psychiatr. **91**, 417 (S. 46*).
343. *Redalié, L.*, La notion de réaction en psychiatrie. Schweiz. Arch. f. Neur. u. Psych. **24**, 294.
344. *Rehfeld*, Über den Selbstmord. Med. Welt 1205.
345. *Reiche, A.*, u. *P. Dannenbaum*, Die Bedeutung der Encephalographie für die Differential-Diagnose cerebraler Erkrankungen im Kindesalter. Z. Kinderheilk. **48**, 499.
346. *Dies.*, Bedeutung der Encephalographie für die Differen-

zialdiagnose cerebraler Erkrankungen. Mschr. Kinderheilk. **44**, 237.

347. *Reiche, F.*, u. *J. Halberkann*, Über Curral und seine Wiederausscheidung mit dem Harn. M. m. W. 235.

348. *Reynolds, R.*, Dispositionelle Faktoren in der Pathogenese choreatischer Erkrankungen. W. kl. W. 1569.

349. *Richtzenhain, W.*, Psychiatrie u. Christentum. Psychiatr.-neur. Wschr. 208.

350. *Rink, W.*, Ein brauchbares Schlafmittel für die Allgemeinpraxis. (Sandoptal.) Ärztl. Rdsch. 88.

351. *Rodenberg, C.-H.*, Über echte Kombinationen epileptischer u. schizophrener Symptomenkomplexe. Allg. Z. Psychiatr. **92**, 235 (S. 37*).

352. *Roesle, E.*, Die Klassifikation der Geisteskrankheiten für statistische Zwecke. Mschr. Psychiatr. **73**, 200.

353. *Roggenbau, Chr.* u. *W. Lueg*, Über die Polarisationskapazität der Haut bei Psychosen und ihre Beziehung zur Funktion der Schilddrüse. Mschr. Psychiatr. **73**, 301.

354. *v. Rohden, F.*, Die Methoden der konstitutionellen Körperbauforschung. (Hdbch. d. biol. Arbeitsmeth. v. Abderhalden, Abt. 9. Tl. 3, H. 4.) Berlin-Wien, Urban u. Schwarzenberg. 173 S. 10.— M.

355. *Rose, M.*, Cytoarchitektonischer Atlas der Großhirnrinde der Maus. J. Psychol. u. Neur. **40**, 1.

356. *Ders.*, Entgegnung auf die Bemerkungen von *H. Kuhlenbeck* zu meiner Arbeit »Über das histogenetische Prinzip der Einteilung der Großhirnrinde«. Anat. Anz. **67**, 318.

357. *Ders.*, 2. Entgegnung auf d. Bem. *H. Kuhlenbeck.* Anat. Anz. **68**, 197; *Kuhlenbeck*, Erwiderung 199.

358. *Ders.*, Über den Einfluß der Fixierung auf das Zellbild der Großhirnrinde. J. Psychol. u. Neur. **38**, 155 (S. 28*).

359. *Rosenbund, L.*, Beeinflussung des senilen Tremors u. anderer Tremorarten durch Salicylsäure. Med. Klin. 563.

360. *Rosenfeld, G.*, Ursachen des Selbstmordes. Med. Welt 1778.

361. *Rosenfeld, M.*, Zur Behandlung von Geistesstörungen in Dauernarkose. Schmerz 117 (S. 46*).

362. *Ders.*, Die Störungen des Bewußtseins. Leipzig, G. Thieme. 247 S. 16.— M. (S. 42*).

363. *Roswall, H.*, Der Achillessehnenreflex bei gebeugtem und gestrecktem Bein. Acta med. scand. **72**, 527.

364. *Rothmann, H.*, Die Häufigkeit des röntgenologischen Nachweises der Zirbeldrüse und seine diagnostische Bedeutung. Med. Klin. 1205.

365. *Rüdin, E.*, *Kraepelins* sozialpsychiatrische Grundgedanken. Arch. f. Psychiatr. **87**, 75 (S. 43*).
366. *Ders.*, Psychiatrische Indikation zur Sterilisierung. Kommend. Geschlecht **5**, H. 3. Berlin-Bonn, F. Dümmler. 31 S. 2.— M. (S. 46*).
367. *Ders.*, Über psychiatrische Erbprognosebestimmung. D. m. W. 1031 (S. 37*).
368. *Salomon, E.*, Oberschenkel-Großzehenreflex im Kindesalter. Med. Welt 1427.
369. *Sander, E.*, Über quantitative Messung der Pupillenreaktion und einen geeigneten Apparat. Klin. Mbl. Augenheilk. **83**, 318.
370. *Sapir, I. D.*, Zur individuellen Architektonik der Großhirnrinde. J. Psychol. u. Neur. **39**, 390.
371. *Sarason*, Der Schlaf. München, J. F. Lehmann. 107 S. 5.50 M.
372. *Sartorius, W.*, Über die Möglichkeit einer objektiven Größenbestimmung der Sella turcica b. Kind. Mschr. Kinderheilk. **45**, 259.
373. *Saudek, R.*, Pathologische Merkmale in der Handschrift. Soz. Med. 587.
374. *Sauer, H.*, Jugendberatung als Prophylaxe gegen Selbstmorde Jugendlicher. Med. Welt 1773.
375. *Schacherl, M.*, Intravenöse Jodbehandlung bei Nervenkrankheiten. W. klin. W. 1416.
376. *Schaefer, R.*, Über die diagnostische und therapeutische Verwendbarkeit der Enzephalographie durch Subokzipitalpunktion. Dtsch. Arch. klin Med. **165**, 23.
377. *Schafft, E.*, Klinische Erfahrungen mit Sedormid. Klin. Wschr. 2406.
378. *Schaltenbrand, G.*, Messung des Dehnungswiderstandes am menschlichen Muskel bei Gesunden, Spastikern u. Parkinsonismusfällen. Dtsch. Z. Nervenheilk. **109**, 231.
379. *Ders.*, u. *St. Cobb*, Beobachtungen an halbseitigen Thalamus- und Striatumkatzen. Pflügers Arch. **222**, 589.
380. *Schenk, P.*, Über das Schlaferleben. Mschr. Psychiatr. **72**, 1 (S. 43*).
381. *Scherb, R.*, Ergebnisse der Analyse des Gehaktes bei leichter Choreoathetose. Z. orthop. Chir. **52**, 408.
382. *Scheumann, F. K.*, Eheberatung als eugenische Fürsorge. Arch. soz. Hyg. **4**, 226.
383. *Schiff, E.*, Über die Erregbarkeit des geschädigten Gehirns von Hunden nach Ernährung mit Gehirnlipoiden. D. m. W. 693.

384. *Schilder, P.*, Amerikanische Psychiatrie. Reisebericht. Nervenarzt 476.
385. *Schmidt, M.*, Körperbau und Geisteskrankheit (Monogr. Neurol. H. 56.) Berlin, J. Springer. 206 S. 22,60 M. (S. 37*).
386. *Schneider, C.*, Über Geistesstörungen bei perniziöser Anämie. Nervenarzt 286.
387. *Schneider, K.*, Die allgemeine Psychopathologie im Jahre 1928. Fortschr. Neur. 127. (Allg. Z. Psychiatr. **90**, 241.)
388. *Ders.*, Die Einteilung der seelischen Störungen zum Zwecke des Unterrichts und der Statistik. Psychiatr.-neur. Wschr. 393.
389. *Schneider, Ph.*, Einiges über Paraldehydvergiftung. W. klin. W. 357.
390. *Schönfeld, A.*, Konstitution u. Psychose. Allg. Z. Psychiatr. **91**, 182 (S. 38*).
391. *Schreiber, L.*, Die Bedeutung des Augenbefundes für die Neurologie. Erg. Med. **14**, 183.
392. Schriften der verstorbenen Direktoren der psychiatrischen Klinik in Heidelberg. Arch. f. Psychiatr. **87**, 160.
393. *Schrijver, D.*, Untersuchungen über Urobilinbildung u. -ausscheidung bei Psychosen. Z. Neur. **118**, 711.
394. *Schröder, A.*, Ein Fall von Veronalvergiftung. Dtsch. Z. ger. Med. **13**, 353.
395. *Schroeder, A. H.*, Die Gliaarchitektonik des menschlichen Kleinhirns. J. Psychol. u. Neur. **38**, 234 u. Verh. d. 1. lat. amerikan. Kongr. f. Neur., Psychiatr. u. ger. Med. **1**, 260 (span.).
396. *Ders.*, Über das Prinzip der Endigung der Opticusfasern und über die funktionelle Gliederung in der Calcarinarinde. Z. Neur. **121**, 508.
397. *Schroeder, Kn.*, Über die *Schroeder*sche Sulfosinbehandlung bei Nerven- und Geisteskranken. Psychiatr.-neur. Wschr. 378.
398. *Ders.*, Über die Sulfosinbehandlung von nichtsyphilitischen Zentralnervensystem-Erkrankungen und Schizophrenie. D.m. W. 1711; Med. Z. (Hermannstadt), H. 11 (S. 46*).
399. *Schröder, P.*, C. u. O. Vogts Hirntopistik in der Psychiatrie. Klin. Wschr. 1759 (S. 43*).
400. *Ders.*, Über die Bedeutung der Nißlschen Histopathologie für klinische Psychiatrie u. Zytoarchitektonik. Arch. f. Psychiatr. **87**, 96 (S. 43*).
401. *Schubert, G.*, Notiz über das Rindenfeld für einseitige Augenbewegungen b. Hunde. Pflügers Arch. **222**, 765.

402. *Schulhof, F.*, Genie und Irrsinn. Eine Erwiderung. Z. Neur. **120**, 754.

403. *Schulte, H.*, Das Angstsymptom in seiner klinischen Stellung u. allgemein-biologischen Bedeutung. Mschr. Psychiat. **73**, 293 (S. 33*).

404. *Ders.*, Psychiatrische Beiträge zur Zwillingssoziologie. Psychiatr.-neur. Wschr. 375 (S. 38*).

405. *Schulte, R. W.*, Zur Physik und Physiologie der Wirkung von Gasbädern I. Z. physik. Ther. **37**, 99 (S. 44*).

406. *Schultz, J. H.*, Über ein diskordantes eineiiges Zwillingspaar. Bemerkungen zu der Arbeit von *Burkhardt*. Z. Neur. **123**, 144.

407. *Schulz, B.*, Über Arbeitsgebiet und Arbeitsweise der Genealogischen Abteilung der Forschungsanstalt. Psychiatr.-neur. Wschr. 455, 468 (S. 44*).

408. *Ders.*, Über die hereditären Beziehungen der Hirnarteriosklerose. Z. Neur. **120**, 35 (S. 38*).

409. *Schuster, P.*, Einige Bemerkungen über das Ähnlichkeitsproblem in der Neurologie. Festschr. Edw. Flatau, Warschau (S. 38*).

410. *Seelert, H.*, Wieweit sind uns die Grundlagen der verschiedenen exogenen psychischen Reaktionsformen bekannt? Arch. f. Psychiatr. **88**, 284 (S. 33*).

411. *Sehestedt, H.*, Zur Frage der Nirvanolwirkung. D. m. W. 740, 1511.

412. *Seige, M.*, Darstellung einer Geisteskranken in der mittelalterlichen deutschen Plastik. Psychiatr.-neur. Wschr. 259.

413. *Shimoda, M.*, Einige Beiträge zur Histopathologie des Gehirns. Mschr. Psychiatr. **74**, 65 (S. 29*).

414. *Shinosaki, T.*, Reizversuche zur zentralen Pupilleninnervation am Corpus Luysi. Z. exper. Med. **66**, 171.

415. *Sidler, A.*, Über die Beziehungen zwischen Erblichkeitsverhältnissen und Genese der erblichen Nervenkrankheiten. Nervenarzt [illegible].

416. *Siebert, H.*, Zwei eigenartige Fälle retroaktiver Amnesie. Mschr. Psychiatr. **74**, 233.

417. *Sinelnikoff, E. J.*, Über den Einfluß der Großhirnhemisphären auf die Wärmeregulation. Pflügers Arch. **221**, 549.

418. *Skliar, N.*, u. *K. Starikowa*, »Zur vergleichenden Psychiatrie«. Arch. f. Psychiatr. **88**, 554.

419. *Slauck, A.*, Tierexperimentelle Studien über Eiweißabbau am Zentralnervensystem. Dtsch. Z. Nervenheilk. **111**, 123.

420. *Smith, L.*, Brief report of the use of sodium luminal in mental and nervous diseases. Amer. J. Psychiatry **8**, 727.

421. *Snessarew, P.*, Über die nervösen Elemente der Pia im Gebiete d. Oblongata. Z. Anat. **90**, 768.
422. *Ders.*, Über die speziellen Nervenfasern in den Randschichten der Gehirnoberfläche. Z. mikrosk.-anat.Forschg. **19**, 114.
423. *Sobol, M.*, u. *Z. Svetnik*, Die Wirkung des Wismut auf das Nervensystem. Arch. f. Psychiatr. **88**, 586.
424. *Söderbergh, G.*, Encore un cas d'inversion vraie des réflexes abdominaux. Acta med. scand. (Stockh.) **72**, 221.
425. *Sokolansky, G.*, Zur Anatomie u. Physiologie des Nervensystems der Anencephalen. Z. Neur. **118**, 532.
426. *Sonak*, Sedormid bei Erwachsenen und Kindern. D. m. W. 1806.
427. *Spatz, H.*, *Nißl* u. die theoretische Hirnanatomie. Verzeichnis der Arbeiten von *Franz Nißl*. Arch. f. Psychiatr. **87**, 100.
428. *Spiegel, E. A.*, Die Armhebereaktion. Klin. Wschr. 1256.
429. *Ders.*, Klinische u. experimentelle Untersuchungen über die Wirkung von Diathermie auf gesteigerten Skelettmuskeltonus u. auf Tremorzustände. Z. Neur. **122**, 488.
430. *Ders.*, Zur Methodik der Tonusuntersuchungen am Menschen. Z. Neur. **122**, 475.
431. *Ders.*, u. *K. Takano*, Zur Analyse der vom Streifenhügel erhaltenen Reizwirkungen. Z. Neur. **118**, 429.
432. *Ders.*, u. *L. Teschler*, Experimentalstudien am Nervensystem. XII. Über die Beziehung der Blickbahn zu den Vestibulariskernen. Pflügers Arch. **222**, 359.
433. *Ssucharewa, G.*, u. *E. Ossipowa*, Über die Psychopathologie der Tuberkulose bei Kindern. Z. Neur. **119**, 666.
434. *Ders.*, u. *I. Schenfil*, Der infantil-grazile Körperbautypus und seine somato-psychischen Besonderheiten. Z. Neur. **119**, 613.
435. *Stanojevič, L.*, Die ergographische Leistungsfähigkeit nach dem physiologischen u. dem mit Hypnoticis erzeugten Schlaf. Mschr. Psychiatr. **74**, 121.
436. *Starlinger, F.*, Gefahren bei rektaler Paraldehyddarreichung. Zbl. Chir. 1495.
437. *Steinach, E.*, Ein Reizstoff des Centralorgans und die centrale Funktion. Med. Klin. 1273.
438. *Ders.*, Über die Förderung zentraler Tätigkeiten durch einen Reizstoff des Zentralorgans. Akad. Anz. Nr. 17.
438a. *Stenberg, S.*, Psychosis and blood lipoids. Acta med. scand. **71** (S. 29*).
439. Sterilisation, Das dänische Gesetz betr. Zulässigkeit der —. Volksaufartg. 225.
440. Sterilisierungsgesetz, Das, von Alberta (Kanada). Volksaufartg. 123.

441. Sterilisationsgesetz, Das, von Waadt. Mschr. Kriminalpsychol. 49.
442. *Stern, C.*, Welche Möglichkeiten bieten die Ergebnisse der exp. Vererbungslehre dafür, daß durch verschiedene Symptome charakterisierte Nervenkrankheiten auf gleicher erblicher Grundlage beruhen? Nervenarzt 257 (S. 38*).
443. *Sternberg, H.*, Über Spaltbildungen des Medullarrohres bei jungen menschlichen Embryonen. (Anencephalie.) Virchows Arch. **272**, 325.
444. *Ders.*, Zur formalen Genese der vorderen Hirnbrüche. W. m. W. 462.
445. *Stewart, F. H.*, The bacterial digestion of tyrosine, tryptophane and histine in mental disease. J. ment. Sci. **75**, 53.
446. *Stiefler, G.*, Über den Grundgelenkreflex. W. kl. W. 1155 u. Mitt. Volksgesdh.amt (Wien), ärztl. Praxis 355.
447. *v. Stockert, F. G.*, Über Umbau und Abbau der Sprache bei Geistesstörung. Abh. Neur., H. 49. Berlin, S. Karger. 82 S. 7,80 M.
448. *Ders.*, Zur Pathophysiologie der Schlafauslösung mit bes. Berücks. d. Blickbewegung. Dtsch. Z. Nervenheilk. **111**, 53.
449. *Stransky, E.*, Die häusliche Behandlung der Psychosen. W. kl. W. 1111.
450. *Ders.*, Psychiatrie u. psychologische Methodik. W. m. W. 671, 750.
451. *Ders.*, Zur Psychologie der Ausnahmezustände. Acta psychiat. (Københ.) **4**, 361.
452. *Strauß, H.*, Das Zusammenschrecken. Exp.-kinematogr. Studie. J. Psychol. u. Neur. **39**, 111 (S. 33*).
453. *Strecker, H.*, Über das Problem der Hirnschwellung (insbes. durch Aufsaugung v. Liquor). Z. Neur. **120**, 9.
454. *Stroomann*, Neue Untersuchungen über Schlafmittel-Kombinationen. Psychiatr.-neur. Wschr. 48.
455. *Taft, A. E.*, u. *S. de W. Ludlum*, On the nature of 2 forms of neuroglia. J. nerv. Dis. **70**, 360.
456. *Taga, K.*, Zur Frage der Existenz von Blickzentren im Mittel- u. Zwischenhirn. Pflügers Arch. **223**, 116.
457. *Taterka, H.*, u. *C. H. Goldmann*, Verwirrungszustände bei der Lebertherapie der perniciösen Anaemie. Med. Klin. 1586 (S. 46*).
458. *Teregulow, A. G.*, Zur Frage der Existenz von Atmungszentren in den vorderen Abschnitten der Oblongata. Pflügers Arch. **221**, 486.
459. *Thiele, R.*, Kreislaufstörungen und Psychosen. Allg. Z. Psychiatr. **92**, 208 (S. 28*).
460. *Thoma*, Spontankremasterreflex bei schmerzhaften Erkran-

kungen innerhalb der Auslösungszone dieses Reflexes. Ärztl. Mschr. 147.
461. *v. Thurzó, E.*, Anwendung von Neobornyval in der Nervenheilkunde. Psychiatr.-neur. Wschr. 512.
462. Ders., Über einige neuere diagnostische und therapeutische Verfahren in der Neurologie. Berlin, S. Karger. 78 S. 4,— M.
463. *Tietze, F.*, Das Sterilisierungsgesetz der kanadischen Provinz Alberta. M. m. W. 842.
464. *Ders.*, Sterilisierung zu eugenischen Zwecken. Volksaufartg. 169.
465. *Ders.*, Sterilisierung zur Verbesserung des Menschengeschlechts. Volksaufartg. 264.
466. *Toporkow, N.* u. *W. Schostakowitsch*, Zur Frage der Genese der psychopathischen Vererbung. W. m. W. 1251.
467. *Tramer, M.*, Über die biologische Bedeutung des Geburtsmonates, insbesondere für die Psychoseerkrankung. Schweiz. Arch. Neur. **24**, 17.
468. *Trepte, G.*, Erfahrungen mit Luminal in Lösung als Schlafmittel. Ther. Gegenw. 283.
469. *van Trotsenburg, J. A.*, Der Nervenstrom und seine Bedeutung für Biologie und Medizin, namentlich für Psychologie und Psychiatrie. Z. Neur. **120**, 708.
470. *Uchida, K.*, Pathologisch-anatomische Untersuchungen an Gehirnen nach Urämie. Arb. neur. Inst. Wien **31**, 37.
471. *Uchimura, Y.*, Über die Blutversorgung der Kleinhirnrinde und ihre Bedeutung für die Pathologie des Kleinhirns. Z. Neur. **120**, 774.
472. Über die Linksschrift eines rechts gelähmten Schülers. Z. pädag. Psychol. 425.
473. *Uljanow, P.*, Über den Mechanismus des Eindringens verschiedener Substanzen in das Hirngebiet längs der Scheiden d. Blutgefäße u. Nerven. Z. exper. Med. **64**, 638.
474. *Ders.*, Zur Frage der Verbindungen zwischen den subarachnoidalen Räumen des Gehirns und dem Lymphsystem des Körpers. Z. exper. Med. **65**, 621.
475. *Urechia, C. J.*, e *S. Mihalescu*, Syndromes psycho-anémiques. Arch. gen. di Neur. **10**, 13.
476. *van der Velden*, R., Über Bromtherapie. D. m. W. 1752.
477. *Velhagen jr., K.*, Ophthalmologische Bemerkungen zu den Untersuchungen von Stockerts. Dtsch. Z. Nervenheilk. **111**, 56.
478. *Villinger, W.*, Die Aufgaben des Jugendamtpsychiaters. Med. Welt 1015 u. 1049.

479. *Vogt, C.* u. *O.*, Hirnforschung und Genetik. Z. Psychol. u. Neur. **39**, 438 (S. 28*).
480. *Dies.*, Über die Neuheit und den Wert des Pathoklisenbegriffes. J. Psychol. u. Neur. **38**, 147 (S. 28*).
481. *Vogt, M.*, Über fokale Besonderheiten der Area occipitalis im cytoarchitektonischen Bilde. J. Psychol. u. Neur. **39**, 506.
482. *Vogt, O.*, Bericht über die Arbeiten des Moskauer Staatsinstituts für Hirnforschung. J. Psychol. u. Neur. **40**, 108.
483. *Vujic, V.*, Halluzinatorisches Farbenhören. Jb. Psychiatr. **46**, 262.
484. *Wachholder, K.*, Die allgemeinen physiologischen Grundlagen der Neurologie. Fortschr. Neur. **253**, 301. (Allg. Z. Psychiatr. **91**, 256).
485. *Wagner-Jauregg*, Die erbliche Anlage zu Geistesstörungen. W. m. W. 767, Wien. klin. Wschr. 925 u. 961.
486. *Walker, E.-F.*, Bemerkenswerter Fall von Sandoptalvergiftung. M. m. W. 1464.
487. *Walschonok, O. S.*, Zur Klinik und Pathogenese der Decerebration beim Menschen. Z. Neur. **122**, 348.
488. *Walthard, K. M.*, Über die Beziehungen zwischen neurologisch-klinischen Diagnosen und pathologisch-anatomischer Epikrise. Schweiz. Arch. Neur. **24**, 231 u. **25**, 89.
489. *Warner, F.*, Experimental lesions in the hypothalamus of the guinea pig. J. nerv. Dis. **69**, 661.
490. *Wassermann, S.*, Zur Entstehungsweise der Kreislaufpsychosen. Wien. Arch. inn. Med. **18**, 449.
491. *Weber, G.*, Ein Beitrag zur kritischen Deutung enzephalographischer Befunde. Fortschr. Röntgenstr. **40**, 437.
492. *Weiß, P.*, Die Grundlagen meiner Theorie von der Spezifität und Resonanz der Nervenerregung. Kl. W. 2174.
493. *Weiß, S.*, The therapeutic indications and the dangers of the intravenous administration of sodium luminal etc. Amer. J. med. Sci. **178**, 390.
494. *Weninger, A.*, Erfahrungen mit Neurithrit. Med. Welt 1043.
495. *Werner, H.*, Geisteskrankheit und Tuberkulose. Kl. W. 367.
496. *Wertham, F. I.*, A new sign of cerebellar disease. J. nerv. Dis. **69**, 486.
497. *Weygandt, W.*, Selbstvergiftung als ursächlicher Faktor bei Psychosen. Allg. Z. Psychiatr. **90**, 143 (S. 31*).
498. *White, W. A.*, Lectures in psychiatry. Washington, Nerv. a ment. dis. publ. Co., 3 Doll.
499. *Wichert, F.*, Ein Beitrag zur Frage des Vorhandenseins und der Lokalisation der vegetativen Zentren in der Großhirnrinde. J. Psychol. u. Neur. **37**, 693.

500. *Wiersma, E. D.*, Körperbau verschiedener Rassen und Konstitutionen im Zusammenhang mit psychologischen u. physiologischen Eigenschaften. Z. angew. Psychol. **33**, 136 (S. 39*).
501. *Ders.*, Richtungslinien in der Neurologie und Psychiatrie. (holl.) Nederl. tijdschr. Geneesk. II 3134.
502. *v. Wieser*, Weitere Erfahrungen mit der Röntgentherapie bei psychiatrischen und neurologischen Erkrankungen. Strahlenther. **32**, 215 u. 380 u. **33** (S. 47*).
503. *Wigert, V.*, Der schwedische Entwurf eines Sterilisationsgesetzes. Z. Neur. **123**, 38.
504. *Wilbrand, H.*, Der Faserverlauf durch das Chiasma und die intrakraniellen Sehnerven. Berlin, Karger. 54 S. 44 Abb. 12,— M.
505. *Wilder*, J., Die Organotherapie in der Neurologie. Nervenarzt 594, 656 (S. 46*).
506. *Wilmanns, K.*, Die pathologischen Veränderungen des Charakters und ihre diagnostische Bedeutung. (Enc. ep. u. Prodrom. d. Schiz.) D. m. W. 553, 608.
507. *Wilson, S. A. K.*, Die Pathogenese der unwillkürlichen Bewegungen mit besonderer Berücksichtigung der Chorea. (übers. v. Wartenberg). Dtsch. Z. Nervenheilk. **108**, 4.
508. *Woker, A.*, Über Verobroman. Allg. med. Ztr.-Ztg. 235.
509. *Wolff*, Dauernarkose mit Trional. Psychiatr.-neur. Wschr. 100.
510. *Wolfsohn*, Phanodorm bei längerer Anwendung. D. m. W. 1837.
511. *Wolpert, I.*, Über Störungen des Sprachverständnisses. Dtsch. Z. Nervenheilk. **111**, 187.
512. *Wuth, O.*, Über den Säurebasenhaushalt im Schlaf, bei Schlaflosigkeit und im Schlafmittelschlaf. Z. Neur. **118**, 447.
513. *Ders.*, Über psychische Krankheitserscheinungen bei Hypoglykämie. Mschr. Psychiatr. **73**, 129.
514. *Yamamoto, T.*, Über die äußere und innere Organisation des Kleinhirns und der Wechselbeziehung mit den Koordinationskernen. Fol. anat. jap. **7**, 223.
515. *Zucker, E.*, Die klinische Tonusprüfung. M. m. W. 2046.
516. *Zweig, H.*, Der heutige Stand des Schlafproblems. Beitr. z. ärztl. Fortbild. (Prag) 233 f.
517. *Zwirner, E.*, Automatischer Reflexhammer. J. Psychol. u Neur. **39**, 14.
518. *Ders.*, Psychopathologischer Beitrag zum Problem des Wahns. J. Psychol. u. Neur. **39**, 89.

1. Anatomie, Blutkreislauf.

Brandl (58) berichtet über apoplektiforme und epileptiforme Zustände, bei denen eine Vermehrung der Zahl der roten Blutkörperchen bestand. Es wird ein ursächlicher Zusammenhang angenommen. Über den Ausfall der Untersuchung der Rückenmarksflüssigkeit ist nichts erwähnt.

Kroiß (224). Genaue Beschreibung des in Würzburg geübten Verfahrens mit einer Abbildung.

Ostmann (315). Fortsetzung früherer Untersuchungen bei Schizophrenen. In der Mehrzahl der Fälle bestand eine Lymphozytose verbunden mit einer relativen Abnahme der neutrophilen Leukozyten.

Rose (358) hat durch verschiedenartige Fixierung von Gehirnen festgestellt, daß sich Unterschiede in der Rindenbreite, in der Breite der einzelnen Schichten, in der Zelldichtigkeit, in der Zellgröße, in der Zellform, im Verhalten der Zellfortsätze, in der Beziehung des Kernes zum Plasma und in der Gestalt, der Struktur und der Färbbarkeit des Kernes, des Protoplasmas und des Kernkörperchens ergeben und fordert deshalb, daß immer nur die gleiche Fixierungsart angewandt wird.

Thiele (459). Dieser Überblick orientiert sich nach den neueren pathogenetischen Betrachtungen über das Wesen der Störungen des Kreislaufs. Die Einzelheiten müssen im Original (diese Zeitschrift) nachgelesen werden.

C. und *O. Vogt* (479) zeigen, wie genetische Forschungen, namentlich die Erforschung der von ihnen Eunomie genannten typischen Ausbreitung eines Merkmales, der Erklärung von Erkrankungen des Zentralnervensystems dienen kann.

C. und *O. Vogt* (480). Die »Pathoklise« will die isolierte Erkrankung topistischer Einheiten erklären. Solche topistischen Einheiten sind die suprazellulären *Vogt*s, die sich mit *Nißl*s Nervenzellarten decken. Daneben gibt es noch topographische Einheiten; in ihnen können verschiedene Nervenzellarten oder lange Nervenfasern zusammenkommen. Zu ihnen gehören die einzelnen Schichten eines Rindenfeldes. Die Pathoklise sieht die Ursache elektiver Erkrankungen topistischer Einheiten in ihrer besonderen physiko-chemischen Konstitution. Bei topistischen Erkrankungen ist eine über die erkrankte topistische Einheit hinausreichende Schädigung die auslösende Ursache. Die physiko-chemische Organisation ist der ortsbestimmende Faktor. Das Wort Pathoklise soll ein zusammenfassender Ausdruck sein für Anschauungen *Ehrlich*s und *Nißls*. Der Ideengang Nißls bezieht sich nur auf das enge Gebiet der Soma-Pathoklise. *Vogt* dehnt den Begriff der Pathoklise als Genen-Pathoklise auf die mendelnden Elemente des Keimplasmas aus. Die Verbreitung somapathokliner Erscheinungen wird für groß gehalten, weil zahlreichen Lokalisationen von Krankheitsprozessen ein echt topistischer Charakter zugeschrieben wird. Im Gebiete der Hirnkrankheiten sind eine Reihe zufälliger Lokalisationen als regelrechte und unter ihnen ein Teil als topistische aufzufassen.

Lingjaerde (254). Untersucht wurde namentlich bei Schizophrenen die Urobilinausscheidung im Morgenurin von nüchternen Kranken. Bestimmung des Gesamturobilins mit Schlesingers Reaktion, bei konstanter künstlicher Lichtquelle, teilweise kontrolliert durch Meulengracht und Thistedts Verdünnungsmethode. Die normale Grenze schwankt, wurde bei 80 gesunden

Frauen untersucht, geht bis zur Verdünnungszahl $^1/_{30}$, zuweilen noch höher. Brauchbare Resultate bei Schizophrenen ergeben sich bei Untersuchung von mindestens 10 Urinproben im Lauf von 14 Tagen. Es kommen normale Ergebnisse bei Schizophrenen vor; die deutlich pathologischen Urobilinausscheidungen, Zeichen einer Leberstörung, erscheinen meistens periodisch. Erst wiederholt vorkommende normale Serien geben eine Wahrscheinlichkeit für das Nichtvorliegen pathologischer periodischer Urobilinurie. *Lingjaerde* bezeichnet als pathologisch die Fälle, die mindestens 5 von 10 Proben schwache oder stärkere positive Schlesingersche Reaktion zeigten, oder wenigstens eine Probe starke Reaktion, oder bei Serien wenigstens 5 Tage hintereinander schwache Reaktion. Meist war jedoch die Abweichung von der Norm viel stärker. Untersucht wurden ungefähr 400 Frauen und 100 Männer, von den Frauen aber erst 250 genügend lange Zeit. Durchschnittlich wurde jeder 15mal untersucht, einzelne bis 70mal. Verwertet wurden nur anscheinend körperlich ganz gesunde Frauen, nur wenige über 50 Jahre alt, 200 Schizophrenien:

	Anzahl Fälle	pathologisch vermehrt	an der Grenze	normal
Schizophrenien	200	118	12	70
davon aktiv, progredient	93	90	1	2
abgelaufen, stationär, in Besserung	68	13	5	50
unbestimmbare Phase	39	15	6	18

bei 101 Normalen, Imbezillen, Psychopathen u. ä. nur normale Werte, bei 10 Manisch-depressiven 7 normale Befunde, im freien Intervall 1 pathologisch, im Anfall 1 pathologisch und 1 an der Grenze.

Bei den meisten Schizophrenien tritt die pathologische Urobilinausscheidung periodisch auf. Die drei Ausnahmen in der aktiven Gruppe waren Katatoniker, jedoch befinden sich in dieser Gruppe weitere 45 Katatoniker mit positiver Reaktion. Die Urobilinurie ist also ein Indikator für die Aktivität des schizophrenen Prozesses. Kranke mit deutlichen Schwankungen im Krankheitsverlauf zeigten deutlichen, graphisch dargestellten parallelen Verlauf von akuten Syndromen mit pathologischen Urobilinperioden. Untersuchungen über den Bilirubingehalt im Serum gaben noch kein eindeutiges Ergebnis, ebensowenig die Leberfunktionsprobe mit Bromsulfalein. *Carrière.*

Shimoda (413). 1. Ammonshornsklerose bei Epilepsie, 2. »Akute Zellerkrankung« *Nißls* bei Katatonie, 3. Corpora amylacea des Zentralnervensystems. *H. Müller.*

Stenberg (438a) hat den Gehalt des Blutes an Cholesterin und Fettsäuren bei 34 normalen Personen, 14 Manisch-depressiven und 77 Dementia praecox-Kranken mit der *Blix*schen Modifikation der *Bang*schen Methode bestimmt. Bei Normalen waren die Werte der einzelnen Personen sehr konstant. Die Manisch-depressiven zeigten eine deutliche Erhöhung des Cholesterin, welche in der Remission zurückging; dasselbe fand sich bei Dementia praecox im Anfangsstadium. Ältere Fälle ließen, zusammengefaßt, keinen Unterschied gegenüber den Normalen erkennen. Wenn man aber die emotiv Gesteigerten und die Abgestumpften trennte, boten erstere eine Erhöhung, letztere eine Herabsetzung der Werte. Cholesterin und Fett-

säuren entsprachen einander in ihren Werten. Verf. regt Untersuchungen darüber an, ob die Steigerung des Cholesteringehaltes bei seelischer Erregung eine allgemeine Erscheinung ist. *H. Müller.*

2. Diagnostik.

Badt (19). Besprechung der Anzeige und Gegenanzeige, des Vorteils und des Nachteils, der Zufälle bei der Ausführung, der Deutung der Bilder. »Das Ergebnis ist nur im Rahmen des gesamten klinischen Untersuchungsbefundes zu verwerten. Innerhalb dieses Rahmens leistet sie aber die wertvollsten Dienste. So ist der Hydrozephalus fast nur durch die Enzephalographie festzustellen.«

Benedek (32). Der Pollexreflex wird durch Schlag auf eine bestimmte Stelle an der Volarfläche des Unterarmes ausgelöst und besteht in einer Beugung des zweiten Daumengliedes. Die günstigste Auslösungsstelle findet sich 2—2½ cm ulnawärts vom radialen Rande der Volarfläche des Unterarmes und am Beginn des unteren Drittels des Radius. Er steht mit anderen Unterarm- und Handreflexen in keiner Beziehung.

In der von *Bingel* (41) gegebenen Übersicht über Technik und Ergebnisse der Enzephalographie finden sich sehr anschauliche Abbildungen der Röntgenbilder nicht nur von Hirngeschwülsten, sondern auch eines Falles von Hirntrauma und eines von porenzephalischer Idiotie. Aus den Ausführungen geht hervor, wie großen Wert diese Untersuchungsmethode nach den jetzt 10jährigen Erfahrungen besitzt, aber auch welchen Schwierigkeiten sie wegen der noch in das Bereich des Physiologischen fallenden Abweichungen vom Normalen begegnet. *Jolly.*

Bingel (42). Kurzer Bericht über die Bedeutung der einfachen Röntgenaufnahmen des Schädels und der Wirbelsäule, der Enzephalographie und der Myelographie mit Jodipin.

Jacobi (190) konnte mit einer Injektion von 10—20 ccm einer 10 bis 20%igen Strontiumbromatlösung (DominalX), einer 20%igen Jodnatriumlösung und mit dem Jodpräparat Mirion die Kopfarterien am lebenden Hunde darstellen.

Muck (298) hat weiterhin festgestellt, daß das vasokonstriktorische Reflexphänomen der weißen Strichzeichnung sich bei umfangreichen Geschwulstbildungen einer Halsseite auf der gleichseitigen Nasenmuschel nachweisen ließ. Er wies experimentell nach, daß dies durch Druck auf den Grenzstrang des Halsteiles des Sympathikus bedingt wird. Bei elektrischer Reizung der Pialgefäße bei postoperativen Schädellücken, die keine Verletzung des Gehirns bedingt hatten, trat die weiße Strichzeichnung entweder einseitig oder beiderseitig im Adrenalin-Sondenversuch auf.

Muck (299) hat seine Untersuchungen über das vasokonstriktorische Phänomen fortgesetzt und festgestellt, daß bei Heißwasserreizung eines Ohrlabyrinths die weiße Strichzeichnung im Adrenalin-Sondenversuch regelmäßig auf der Nasenseite des nicht gespritzten Ohres gesehen wird.

Muck (300). Wird bei ohrgesunden Menschen, die den normalen Adrenalin-Sondenversuch zeigen, der Kopf 5 Minuten lang in äußerster Seitendrehung festgehalten, so tritt einmal die weiße Strichzeichnung auf der Seite auf, von welcher der Kopf abgewandt war, weil auf dieser Seite

die Vertebralarterie gezerrt war, und zweitens nach 5 Minuten in der Regel ein Nystagmus, der selbst am nächsten Tage noch nachweisbar war.

Neustadt (305). Sehr eingehendes Referat, das alle Beziehungen zwischen Gehirn und Leber berücksichtigt. Aus der fast unübersehbaren Zahl der Prüfungen der Leberfunktion ist ein erheblicher Teil wertlos, weil eine ungenügende Technik angewandt worden ist. Es gibt keine Nerven- und Geisteskrankheit, bei der nicht Störungen der Leberfunktion nachgewiesen sind. Bei einzelnen Krankheiten, wie bei der Wilsonschen Krankheit, der Postenzephalitis und der Paralyse häufen sich die Störungen der Leberfunktion. Sie spielt keine einheitliche Rolle.

Weygandt (497). Übersicht über die mannigfachen biologisch-chemischen Untersuchungen des Blutes, des Liquors, des Harns und anderer Flüssigkeiten des Stoffwechsels, des endokrinen Apparates und über die Ergebnisse hinsichtlich des Zusammenhanges mit Psychosen. Es wird auf das Original verwiesen (diese Zeitschrift).

3. Psychopathologisches.

Arndt (11) beschreibt eigene und erwähnt aus der Literatur ausgezogene Fälle verschiedener psychischer Erkrankungen mit einem täglichen Phasenwechsel mit Erregung und Nachlassen der Erregung, Angst und Nachlassen der Angst, Depression und Nachlassen der Depression, Euphorie und Depression, heiterer Erregung und zorniger Erregung, manischem und depressivem Zustandsbild in verschiedenen Variationen und Kombinationen. Dieser Wechsel wird nicht mit einer manisch-depressiven Erkrankung in Verbindung gebracht, sondern es wird angenommen, daß es sich nur um ein An- und Abschwellen eines psychischen Reizzustandes handelt. Er steht wohl in Beziehung zu den periodischen Erscheinungen physiologischer Art bei den Lebewesen.

Berger (34) berichtet über seine jahrelang fortgesetzten Versuche, elektrische Vorgänge im Gehirn des Menschen nachzuweisen. Die Versuche fanden an Schädeln mit Trepanationsöffnungen und an unversehrten Schädeln statt. In diesen Fällen wurden feine Nadeln unter die Kopfhaut geschoben. Es konnten ständige Stromschwankungen nachgewiesen werden, die zwei Arten von Wellen zeigten, solche von 10—11 auf eine Sekunde und solche von 20—30 auf eine Sekunde. Die Ableitung dieser Stromschwankungen gelang nicht nur von der Dura des Großhirns, sondern auch von der über dem Kleinhirn gelegenen. Das Elektrenkephalogramm stellt also nicht eine besondere Eigentümlichkeit des Großhirns dar. Ob der Strom in der Rinde des Klein- und Großhirns entsteht, konnte nicht entschieden werden. Es handelt sich um Aktionsströme, d. h. bioelektrische Erscheinungen, die die ständigen im Zentralnervensystem stattfindenden Nervenprozesse begleiten.

Bouman und *Grünbaum* (57) bringen die Krankengeschichte eines 59 Jahre alten Mannes, der nach einer »Influenza« im 32. Lebensjahre an einer Psychose erkrankte, die zu einer Entfremdung und einer Verkümmerung seiner Beziehungen zur Umgebung führte. Er wurde wirtschaftlich ganz unselbständig und blieb schließlich dauernd im Bett liegen. Als er nach rund 20 Jahren in die psychiatrische Klinik kam, zerfiel für ihn sein Leben in zwei einander unähnliche Perioden, in die Zeit vor und nach seiner

Krankheit. Bis zu seinem 30. Jahre waren seine Erinnerungen lebendig, vollständig und geordnet. Nach dieser Zeit sind seine Erinnerungen auf einen Zeitraum von etwa 3—4 Jahren zusammengeschrumpft. Es hat für alle Ereignisse seines Lebens eine zeitperspektivische Verkürzung stattgefunden, so daß er die einzelnen Zeitspannen alle sehr viel kürzer angibt und sich selbst für 33 Jahre hält. Auch die augenblicklichen Zeitspannen empfindet er kürzer. Tag und Nacht werden kürzer empfunden. Doch hat er eine gewisse Empfindung für die wirklichen Verhältnisse. Auch die Einstellung auf die Zukunft zeigt eine Störung.

Die Verfasser sind Holländer. Doch muß ihnen gesagt sein, daß die deutsche Sprache wortreich genug ist, um sich in ihr verständlich ausdrücken zu können. Wenn man sich erst durch einen Wust von Fremdwörtern durcharbeiten muß, vergeht die Freude am Lesen.

Brühl (62). Untersuchung an 600 Kranken der Anstalt Dalldorf. Die »nervöse Schwerhörigkeit«, (d. h. anatomische Labyrinth- oder Hörnervenatrophie) steht mit 21% der Gesamtzahl an der Spitze. Die Altersgruppen waren mit 66%, die Vergiftungen mit 60%, die syphilitischen Psychosen mit 59%, die Schizophrenie mit 44%, das manisch-depressive Irresein mit 33% vertreten. Im ganzen zeigte sich eine auffallende Häufigkeit der Ohrerkrankungen über das durchschnittliche Vorkommen bei Geistesgesunden. Bei der Schizophrenie waren nur in 15% Erkrankungen des Innenohres nachzuweisen, während das Mittelohr häufiger als in allen anderen Gruppen befallen war.

Gaupp (139). In diesem Überblick sind die wesentlichsten Unterschiede in anschaulicher Weise geschildert. Man sieht die größere affektive Erregbarkeit der Frau, die Bedeutung des Sexuellen im weiblichen Denken und Fühlen und die Abhängigkeit der weiblichen Seele von den biologischen Sexualvorgängen . Gerade dies wird im Gegensatz zu der landläufigen Anschauung des Volkes und auch vieler Ärzte besonders betont.

Hauptmann (166). Der Einfluß der Generationsvorgänge auf die Psyche der Frau läßt sich nicht nach rein psychologischen oder nach rein somatischen Gesichtspunkten bestimmen, sondern erst die Kombination beider, wobei aber der Begriff des Somatischen bis zum Begriff der Konstitution ausgedehnt wird, ermöglicht ein Verständnis. Deshalb kann eine Menstruations-, Wochenbetts- oder Laktationspsychose nicht mehr anerkannt werden. Vielfach handelt es sich nur um psychogene Reaktionen, nicht um Krankheiten. *Hauptmann* geht ferner den Gründen nach, weshalb den Generationsvorgängen ein so unmittelbarer Einfluß auf die Psyche eingeräumt wurde und weist als eine somatische Ursache auf die Durchbrechung der Blut-Liquorschranke hin, die bei der Menstruation, in den letzten Wochen der Schwangerschaft und bei der Geburt festgestellt wurde.

Hüter (185). In einer sehr eingehenden Arbeit berichtet die Verfasserin über Versuche, das Problem der Halluzinationen seit dem *Jasper*schen Referat über Trugwahrnehmungen aus dem Jahre 1911 zu klären. Sie berücksichtigt im ganzen 36 Arbeiten und teilt diese ein in die psychologischen Definitionen auf theoretischer und auf experimenteller Basis und in die psychologisch-anatomischen Erklärungen. Eine eigene kritische Stellungnahme wird im allgemeinen vermieden. Dafür erhält man aber einen klaren und nach Gesichtspunkten wohlgeordneten Überblick, in dem allerdings die Meinungen *Galant*s nicht berücksichtigt sind.

Kartal (206). Nachuntersuchung von 16 Männern, die wegen perverser Veranlagung, welche sie fortgesetzt zu strafbaren Handlungen verleitete, kastriert wurden. Sie sind sämtlich sozial geworden, waren größtenteils selbst mit dem Erfolg zufrieden. Doch blieb bei Homosexuellen immer die perverse Triebrichtung erhalten.

Klemperer (216). Die Untersuchung wurde an 30 Kranken ausgeführt. Bei einem Drittel, besonders bei Angstzuständen, lag die Totalkapazität an und über der oberen Grenze des Normalen.

Levinger (247). Psychoanalytische Deutung einer schizophren-paranoischen Erkrankung, bei der sexuelle Beziehungen und Umdeutungen eine große Rolle spielen und bei der die perversen Sexualstrebungen als ein Ausdruck der Regression auf frühere Entwicklungsstufen aufgefaßt werden.

Menninger-Lerchenthal (284). Übersicht über günstige Beeinflussung von Psychosen durch physiologische Vorgänge wie Menstruation, Schwangerschaft, Geburt, Wechseljahre, Greisenalter, ferner durch körperliche Allgemeinerkrankungen und durch Traumen. Einzelheiten sind im Original nachzulesen (diese Zeitschrift).

Schulte (403). Bei dem Versuch, die Entstehungsbedingungen und die Ausdrucksmöglichkeiten der Angst zu analysieren, stellt *Schulte* die Forderung auf, das Angsterlebnis und das Angstsymptom zu unterscheiden. Das Symptom kann allein vom Erlebnis aus nicht erfaßt werden. Es müssen Merkmale im Zusammenspiel zwischen Organismus und Reizumwelt aufgewiesen werden. Das Angstphänomen unterscheidet sich hinsichtlich seiner Häufigkeit und seines Ausbaues, je nachdem, ob es bei besonnenem oder verändertem Bewußtseinszustand auftritt. Besonnenheit bedeutet Eingepaßtsein in die Umweltsituation. Bei Bewußtseinsstörungen kommt es zu einem Abtrennen von ihr. Furchterfüllte Zustände gehen in Angstzustände über, wenn das die Furcht auslösende Gefahrmoment nicht beseitigt werden kann. Beim Alkoholhalluzinanten ergibt sich eine Ursache des Bestehenbleibens der Angst daraus, daß die Phänomene sich nicht in die Gesamtsituation einfügen lassen. Die Ratlosigkeit entsteht, wie *Goldsteins* Gehirnkranke zeigten, aus einem Versagen des Perzeptionsapparates.

Seelerts (410) Arbeit schließt sich an *Bonhoeffer*sche Gedankengänge an. Er unterscheidet drei Grundformen der Symptomengestaltung: den amnestischen (organischen Defekt-)Zustand; den deliranten Zustand und die Minderung des Bewußtseins. Durch die Mischung dieser drei Grundformen kommen die verschiedenen exogenen psychischen Reaktionen zustande. Der amnestische und der delirante Zustand haben in bestimmten Schädigungen des Gehirns ihre Grundlage; der amnestische in einer Gewebsvernichtung, die zum Verlöschen der Funktion einzelner Gehirnelemente führt, der delirante in toxischen Vorgängen. Die Minderung des Bewußtseins hat ihre Grundlage in einer Schädigung des Gehirnstammes.

Strauß (452). Es werden die auf einen überraschend starken akustischen Reiz (Schuß) erfolgenden akustisch-motorischen Reaktionen mit Hilfe kinematographischer Aufnahmen untersucht. Es werden primäre und sekundäre Reaktionen unterschieden. Die primären bei aufrechtstehenden Versuchspersonen sind Augenschluß, Verziehen des Gesichtes, Kopfbeugung nach vorn, Hoch- und Vorziehen der Schultern, Heben und Drehen des Oberarmes, Beugen im Ellenbogen, Pronation des Unterarmes, Handschluß, Kon-

traktion der Bauchdecken, Rumpfbeugen nach vorn, Beugen der Beine in Hüfte und Knie. Unter den später auftretenden sekundären Reaktionen werden Späh-, Schutz- und Fluchtbewegungen unterschieden. Zu diesen letzteren Reaktionen kann es noch während des Ablaufes der ersteren kommen. Bei Wiederholung des Schusses kommt es zu atypischen Reaktionen. Keine Abhängigkeit der Stärke der primären Reaktionen von dem Krankheitsbild oder der Konstitution. Kein Einfluß von Alter und Geschlecht. Bei Kranken mit Bewegungsstörungen Steigerung der primären Reaktion. Diese wird als Reflex aufgefaßt mit dem Reflexbogen: Akustikus, roter Kern, rubro-fugale Bahnen.

H. Arnesen (12). Wie ein spannender Film rollt auf 20 Seiten das Leben Marats vor uns ab, gesehen von einem Psychiater, dessen Lieblingsbeschäftigung mit der französischen Revolution uns schon die größere Studie über Tallien gebracht hatte. Eltern und Bruder sicher eigenartig, Marat selbst von unterwertiger, neurotischer Konstitution, dabei sehr begabt. Starkes Selbstgefühl mit Aktivitätsdrang, sich steigernd zur abnormen Selbstüberschätzung; der berühmte Gelehrte und Arzt hält sich später für das einzigartige wissenschaftliche und politische Genie, geeignet zum Diktator und Feldherrn; dabei schon früh auftretende Verfolgungsideen, die zunehmend systematisiert werden, Angst und rücksichtslose Reaktionen hervorrufen. Halluzinationen und Verblödungszeichen sind nicht nachgewiesen. Die alte psychiatrische Diagnose von *Gilbert-Ballet* wird aufrecht erhalten: Délire de persécution à évolution systematique-systematisierter Verfolgungswahn. Dabei auch körperlich nicht recht gesund, stets Verdauungsbeschwerden, periodenweise schwerster Kaffeemißbrauch; die letzten Jahre wurden noch durch ein schweres universelles Ekzem erschwert — daher seine Ermordung im Bad. Die Verherrlichung Marats nach seinem Tode geschah durch politische Taktiker, die seine Popularität für sich ausnutzen wollten und darum sich seine Freunde nannten, während er in Wirklichkeit kaum einige wenige hatte. *Carrière.*

Buscaino (71) weist darauf hin, daß sowohl das Meskalin, das vor allem optische Halluzinationen hervorruft, als auch das Bulbokapnin, das bei der Katze auf motorischem Gebiet ein katatonieartiges Syndrom und beim Menschen ein parkinsonartiges Bild ohne Tremor bewirkt, chemisch der Gruppe der zyklischen Seitenkettenäthylamine angehören. Im Zusammenhang damit betont er, daß auf Grund der Ergebnisse von histologischen, bakteriologischen und Stoffwechsel-Untersuchungen Amentia, Dementia praecox und die postenzephalitischen Syndrome pathogenetisch in das Gebiet der Amin-Toxikosen fallen. *Jolly.*

Friedemann u. *Krauß* (127a) haben beobachtet, daß bei Patienten mit organischen Hirnkrankheiten im Fieber aphasische Symptome zutage traten oder, wo sie schon bestanden hatten, verstärkt erschienen. In einigen Fällen wurde genauere psychologische Untersuchung mit dem Gedächtnisapparat angewendet. Manche Kranke, z. B. Paralytiker in Fieberanfällen, empfanden die Erschwerung der Wortfindung unangenehm. Bei Hirntraumatikern bewirkte Fieber Rückschläge einer schon abklingenden Aphasie. Auch nach Narkosen wurde Wortfindungsstörung beobachtet. Verf. mahnen, bei Begutachtungen sorgfältiger auf feine organische Restsymptome zu achten. *H. Müller.*

4. Erbbiologisches, Konstitutionelles.

Aiginger (1) betrachtet die Phosphaturie, die Rhachitis und die Tetanie als verschiedene Stadien ein und derselben Stoffwechselstörung und sieht Beziehungen zwischen den Veränderungen im Salzhaushalte dieser Krankheiten und den Tonusveränderungen im vegetativen Nervensystem. Eine primäre Insuffizienz des Zerebrums soll auf dem Wege einer Hemmung der medullären Zentren mit nachfolgender Jonenverschiebung im Blute den Bestand an Ca-Jonen so schwer schädigen, daß sowohl in den Kalziumlagern wie im Nervensystem Störungen erklärt werden können, die bisher in keinen Zusammenhang gebracht werden konnten.

Brugger (63) untersucht, ob in der Bevölkerung Basels mehr Erkrankungen an Dementia praecox vorkommen als in München. Es sind die Geschwister und Eltern der Ehegatten von Kranken durchforscht, die in den letzten 20 Jahren in der Baseler Klinik untergebracht waren und an einer nicht erblichen Psychose litten. Es handelt sich um 117 Familien mit 89 Frauen und 28 Männern. Epilepsie und Oligophrenie sind in München und Basel ungefähr gleich häufig. Paralyse und manisch-depressives Irresein sind in Basel selten. Die Aussicht, an Dementia praecox zu erkranken, ist für die Baseler Durchschnittsbevölkerung ungefähr 2mal so groß wie in München. Der Selbstmord ist in Basel 4,2mal häufiger.

Burkhardt (70) berichtet über zwei Schwestern, die als ein eineiiges Zwillingspaar aufzufassen sind, von denen die eine an einer endogenen Psychose paraphrenen Charakters erkrankte, während die andere nicht aus dem Rahmen der Norm fiel.

Doxiades (91). Die Gestalt der kapillarmikroskopisch sichtbaren Haut- und Schleimhautkapillaren hängt vom Füllungszustand des Kapillarrohres ab und dieser wieder vom Tonus der Kapillarwandzellen. Mit der Änderung der Kapillarwandgestaltung laufen auch Durchlässigkeitsänderungen der Kapillarendothelien parallel. Bei der exsudativen Diathese besteht eine angeborene verstärkte Durchlässigkeit der Kapillarwand. Kapillarmikroskopisch findet man abnorm hohe Kapillarschlingen und beschleunigte Strömung. Bei einer Kutanreaktion nach *Pirquet* sieht man eine starke Vermehrung und Erweiterung der Hautkapillaren und Ödem der Koriumzellen.

Gundel und *Tornquist* (158). Fortsetzung der *Gundel*schen Untersuchungen an dem Material aus den Heilanstalten Neustadt, Kropp und Rickling. Es macht sich bei den Geisteskranken ein deutlicher Unterschied geltend gegenüber der Blutgruppenverteilung der normalen Bevölkerung Schleswig-Holsteins. Die Blutgruppen AB und B steigen auf Kosten der Gruppe O an. Auch bei Paralyse, der Tabes, der Dementia praecox und der Imbezillität ist die Blutgruppenverteilung eine wesentlich andere, während bei den Epileptikern, bei den Psychopathen, der senilen und arteriosklerotischen Demenz die Blutgruppenverteilung der normalen Bevölkerung entspricht. Die Blutgruppe B kommt besonders bei Alkoholikern vor.

Walter Jaensch (192). In einem sehr handlichen Buche von 240 Seiten gibt *Jaentsch* zusammen mit seinen Mitarbeitern *Hoepfner*, *Wittneben* und *Leupoldt* eine Übersicht über den heutigen Stand der Kapillarmikroskopie. Bekanntlich ist diese Wissenschaft noch umstritten. Am Schluß des Buches setzt sich *Jaentsch* deshalb in einer Übersicht über die

schon stark angeschwollene Literatur mit seinen Kritikern auseinander. Vielleicht wird auch der Streit in nächster Zukunft noch nicht ruhen, doch läßt sich die Bedeutung der Kapillaren als Konstitutionsmerkmal nicht verkennen und es ist deshalb sehr zu begrüßen, daß in diesem Buche eine übersichtliche Zusammenstellung über die Entwicklungsvorgänge an den Hautkapillaren und ihrer psychophysiologischen Beziehungen, namentlich zu bestimmten Schwachsinnsformen und zu Kropfbildungen gegeben wird.

Wittneben berichtet über die Erfolge der Therapie psychischer Entwicklungsstörungen in Verbindung mit Kapillarentartung und *Leupoldt* über Kapillarbildung bei Schizophrenen. Die Verfasser sehen das von ihnen behauptete Nebeneinander von Kapillarhemmung mit Störungen der Intelligenz und des Wachstums wieder bestätigt und betonen, daß das endemische Vorkommen der Kapillarhemmung für die deutsche Kropfgegend bei Kassel sichergestellt sei. Sie fordern die Kapillarmikroskopie als Bestandteil jeder klinischen physo-psychischen Untersuchung.

Kahn (202). Die phänotypischen Formen entstehen aus dem Zusammenwirken von Erbanlage (Idiotypus) und Umwelt (Paratypus). Das Nichtidiotypische beginnt keineswegs im Außenraum des Individuums, sondern schon innerhalb seines Organismus. Für jede Anlage bedeuten die anderen Anlagen und für alle bedeutet der Innenraum des Individuums auch Umwelt. Das Zusammenwirken der Gesamtheit der Anlagen läßt sich nicht ausschließen. Kein Gen wirkt isoliert. Auf derselben Erbanlage beruhende Merkmale müssen deshalb von vornherein phänotypisch verschieden ausfallen, weil ihre primäre idiotypische Grundlage unter dem mitwirkenden Einfluß ganz verschiedener idiotypischer Umgebungen steht. Auch spielt die verschiedene Entfaltung der Erbanlage eine Rolle. Ferner kann die verschiedene Ausgestaltung von Psychosen, bei denen identische erbliche Anlagen angenommen werden müssen, durch das Hereinspielen von krankhaften Erbanlagen aus einem anderen Formenkreise bedingt sein.

Kronfeld (226). Nach einer Übersicht über die Lehre von der Konstitution unter Berücksichtigung der französischen Anschauungen des asthenischen Typus *Stillers*, des endokrinen Persönlichkeitstypus *Bermanns*, der verschiedenartigen endokrinen Stigmatisierungen und der Typenlehre von *Jaentsch* und von *Kretschmer* wird die Möglichkeit der Änderung der Konstitution durch regionale und klimatische Einflüsse, durch Krankheiten, durch individuelle und soziale Hygiene, durch physikalisch-diätetische Behandlungsmethoden, durch die Umstimmungs- und Hormontherapie und durch die Psychotherapie erörtert.

Luxenburger (262). Antrittsvorlesung, die im Original nachgelesen werden muß. »Darin sehen wir den letzten und tiefsten Sinn statistischen Denkens und Arbeitens: absolute Gewißheit bleibt dem menschlichen Intellekt, soweit er induktiv zu denken gezwungen ist, verbotenes Land. Wissen werden wir nie, was hinter den Dingen steht, die unserer Anschauung zugänglich sind. Das statistische Denken aber soll uns jene Wahrscheinlichkeiten sehen und deuten helfen, welche der Gewißheit am nächsten kommen.«

Luxenburger (263) weist darauf hin, daß die erbbiologische Forschung theoretische Fragen nach der Art des Erbganges zurückgestellt und sich rein praktischen Fragestellungen zugewandt hat, die drei Problemkreise umfaßt: Die der empirischen Erbprognostik und der Belastungsstatistik

der Durchschnittsbevölkerung; ferner das Zwillingsproblem und drittens die Korrelationsuntersuchungen oder das Konstitutionsproblem. Zu den Ergebnissen der Forschungen aus diesen Gebieten wird kritisch Stellung genommen.

Luxenburger (264). Unter erbbiologischer Geschichtsbetrachtung ist das Studium der Geschichte an Hand historisch bedeutsamer Familien zu verstehen, die erbbiologisch speziell erbpsychopathologisch determiniert sind. Sie ist angewandt bei der Untersuchung der europäischen Fürstengeschlechter. Der Verfasser zeigt, in welchem Maße sie, die eigentlich alle als eine Familie anzusehen sind, infolge der Inzucht und des unzweckmäßigen Einheiratens in belastete Familien mit Schizophrenie durchseucht sind. Diese Gefahren der Inzucht hält er im Hinblick auf die Kultur für so groß, daß er die Annahme, schizophrene Familien seien vielfach auch Träger wichtiger Kulturfaktoren, nicht gelten läßt.

Magg (266) untersuchte die Geschwister, Eltern und Kinder in das Allgäu eingewanderter 76 Oberpfälzer und 65 Franken. Sie gehörten zum größeren Teile akademischen Berufen an. Es fanden sich weniger psychische Abwegigkeiten als unter den Paralytikerehegatten von *Luxenburger* und den Ehegatten der Arteriosklerotiker von *Schulz*. Auch unter den Geschwistern war Dementia praecox nur halb soviel vertreten. Paralyse fand sich weniger als in der Durchschnittsbevölkerung. Ähnliche günstige Befunde ließen sich unter den Eltern der Untersuchten feststellen. Unter den Kindern gab es mehr Debile und Kretinen, Dementia praecox und Epilepsie. Kropf fand sich unter den Probanden häufiger, als nach den Untersuchungen *Schittenhelms* zu erwarten war. Auch fand er sich in hohen Prozentzahlen bei den Kindern der Probanden.

Rodenberg (351). Schizophrenie und Epilepsie bei einer Persönlichkeit als Ausdruck zweier scharf ausgeprägter Anlagen der väterlichen und mütterlichen Familie.

Rüdin (367). Eine ernst klingende Betrachtung über die Bedeutung der Kenntnisse von der Erblichkeit psychischer Erkrankungen in Rücksicht auf Qualität des Nachwuchses. Der antieugenischen Geburtenbeschränkung muß eine eugenische entgegengesetzt werden.

Schmidt (385). Grundlegender Beitrag zu der Frage Körpertyp und Psychose. Das Material berücksichtigt 433 Personen und zwar 215 Männer und 218 Frauen. Jede einzelne ist einer gründlichen Messung unterzogen. Das Ergebnis ist in langen Tabellen niedergelegt. Es werden der leptosome und der pyknische Typ und das manisch-depressive Irresein und die Schizophrenie miteinander verglichen. Die Körpertypenverteilung ergab bei beiden Geschlechtern eine gute Übereinstimmung mit der Lehre *Kretschmers*, wenn auch bei den Frauen die Bestimmung des Typus weit schwieriger durchzuführen ist. Bei den Männern wie den Frauen überwiegen die dysplastischen Typen bei den Schizophrenen. Die Pykniker erscheinen im wesentlichen als Plusvarianten und die Leptosomen als Minusvarianten einer Variationsreihe. Die dazwischenliegenden Fälle sind schwer in Typen einzuteilen. Die muskulären Individuen sind entweder dysplastisch oder uncharakteristisch. Bei manisch-depressiven Kranken mit nicht pyknischem Körperbau zeigte die Psychose keinen abnormen Verlauf, vor allen Dingen keine destruktive Tendenz. Bei den pyknischen Schizophrenen sind die Verhältnisse weniger übersichtlich. Wahrscheinlich spielt eine heterologische Belastung

eine Rolle. Pyknischer Habitus bei einem schizophrenen Patienten kann als Zeichen einer solchen heterologen Belastung aufgefaßt werden. — Im einzelnen muß auf das Original verwiesen werden.

Schönfeld (390). Das Material umfaßt 232 Männer und 303 Frauen. Die von *Kretschmer* festgestellten Körperformen können auch bei den mährischen Geisteskranken festgestellt werden. Bei den Schizophrenen überwiegt der leptosome Typus. Pykniker und Alkoholiker besitzen eine größere Affinität zum pyknischen Habitus. Bei verbrecherischen Psychopathen kein Überwiegen des asthenischen Typus. Körperbautypen sind nicht Rassetypen einer Nation, sondern kommen bei allen Völkern vor.

Schulte (404) stellte sich folgende Fragen: wie entwickelt sich im Rahmen der Zwillingsgemeinschaft die Charakterdifferenzierung beider Teile und welche Veränderungen treten in der Struktur dieser Gemeinschaft ein bei Erkrankung eines oder beider Teile. Es tritt schon früh eine Verschiedenheit im Verhalten der Umgebung gegenüber auf, indem der eine Teil Anreger und Leiter wird, sich mit der Zeit mehr aus dem Familienzusammenhange löst, wobei er sich aber in seinem Verhalten nach dem andersgeschlechtlichen Elternteil richtet. Der andere Teil entwickelt Zutraulichkeit zu den Eltern, ist zärtlicher und lenksamer. Dieser hängt sich mehr an den Partner als umgekehrt. Bei dem pathologischen Material zeigte sich, daß der später Erkrankende oder der zuerst Erkrankende sich schon in früher Jugend mehr an den anderen fixiert. Bei den Zweieiigen wurde das psychotische Verhalten des erkrankenden Partners durch eine Stellungnahme zum anderen bestimmt. Bei den Eineiigen fand sich dies nicht.

Schulz (408). Unter den Geschwistern von 100 verheirateten Gehirnarteriosklerotikern fand sich weniger Paralyse, manisch-depressives Irrensein, Dementia praecox und Epilepsie als in der Durchschnittsbevölkerung. Häufiger waren asylierte Psychopathen, Selbstmorde und Alterspsychosen. Wahrscheinlich handelt es sich bei den Alterspsychosen vor allem um arteriosklerotische Psychosen. Doppelt so häufig fanden sich Todesfälle an Arteriosklerose und Schlag; Todesfälle an Tuberkulose halb so häufig. Die Befunde sprechen für eine Erblichkeit der Arteriosklerose und der Neigung zu Hirnarteriosklerose. Sie sprechen gegen eine Verwandtschaft der Hirnarteriosklerose mit der Dementia praecox.

Schuster (409) wirft die Frage auf, ob die in Gestalt einer hervorstechenden familiären Gesichtsähnlichkeit sich äußernde konstitutionelle Besonderheit eine über das Tatsächliche hinausgehende medizinisch faßbare Bedeutung haben könnte. Er führt mehrere Fälle an, bei denen große Ähnlichkeiten in der Gesichtsbildung zwischen Geschwistern, Vater und Sohn, Mutter und Tochter bestand, und bei denen eine allgemein oder besonders geartete Neuropathie vorlag. Er glaubt an gesetzmäßige Beziehungen zwischen der konstitutionellen Eigenart und dem Vorkommen der Familienähnlichkeit, wenn sich auch nur empirisch würde nachweisen lassen, ob die Fälle von frappierender Gesichtsähnlichkeit unter Menschen mit neuropathischer oder ähnlicher Belastung wirklich häufiger sind als unter Gesunden.

Stern (442). Verschiedene Krankheiten können sowohl auf gleicher erblicher Grundlage beruhen, die sich unter verschiedenen Umweltsbedingungen realisiert hat, als auch durch verschiedene Erbfaktoren bedingt sein. Zuverlässige Schlüsse lassen sich nur dann ziehen, wenn die Beeinflußbarkeit der betreffenden Charaktere durch Umweltsbedingungen genügend bekannt

sind. Zu diesen gehören nicht nur die Bedingungen der Außenwelt, sondern auch physiologische Zustände des Organismus selbst. Für die Auswirkung eines bestimmten Erbfaktors ist der physiologische Zustand wie er durch innere Entwicklungsbedingungen, wie Pubertät, Alter oder durch bestimmte Hormone produktiv bestimmt ist, oft von größter Bedeutung. Erst durch das Zusammenarbeiten vieler Erbfaktoren wird ein Merkmal hervorgebracht. Derselbe Erbfaktor kann in einem Individuum, dessen Erbzusammensetzung im übrigen verschieden von der des ersten ist, wesentlich andersartige Symptome bedingen. Neben einem Hauptfaktor werden als Nebenfaktoren Modifikationsfaktoren unterschieden. Fälle, in denen die verschiedenen Nebenfaktoren nur Modifikationsfaktoren sind, können als Fälle mit verschiedenen Symptomen und doch gleicher genetischer Grundlage angesehen werden.

Wiersma (500) hat zur Beantwortung der Frage, ob den anatomischen Verschiedenheiten der Rassen ein Unterschied in physiologischen und psychologischen Funktionen parallel geht, eine Untersuchung von 415 Personen durch Umfrage bei Ärzten vorgenommen. Er forschte nach der Verbindung der Augenfarbe, der Haarfarbe, der Körperlänge, der Schädelform mit anderen Rassenmerkmalen und stellte die Verbreitung der Rassenmerkmale fest. Die Merkmale der alpinen Rasse waren deutlicher im Süden, bei der nordischen deutlicher im Norden und in der Mitte der Niederlande. Ferner untersuchte er, ob die einzelnen Rassenmerkmale mit bestimmten psychischen Eigenschaften verbunden sind, so daß man auch von psychologischen Rassenmerkmalen sprechen kann. Die Blauäugigen sind verständiger und selbständiger, haben eine größere mathematische Anlage und ein besseres Gedächtnis. Sie sind stiller und verschlossener, pünktlicher, weniger empfänglich für Anerkennung. Die Größeren sind emotioneller und aktiver als die Kleineren. Die fein und zart gebauten Typen sind weniger aktiv, stärker emotionell und weniger praktisch. Sie besitzen mehr Anlage für Sprachen, Zeichnen, Schauspielkunst als die Gedrungenen.

5. Allgemeines.

Cohn (77a) dehnt seine Anschauung über die Synusie als einer Lebenseinheit, die von den Individuen, den Synonten, nicht nur auf Grund gegenseitigen Vorteils, der Symbiose, sondern auf Grund von gleichzeitigem Kampf und Hilfe zur Verwirklichung einer lebendigen Gemeinschaftsform gebildet wird, auf die Entstehung nervöser und psychischer Störungen aus. — Die neuropathische Diathese soll von einem geänderten Gleichgewicht der Synonten herrühren. Nulla nervositas sine bacillis. Tuberkulose und Nervenkrankheiten schließen sich nicht aus. Die Nervenkrankheiten sind die neurotrope Form der Tuberkulose.

Man kann seiner Lehre von dem Zusammenleben von Organismus und Mikroorganismus; seinem Satz, daß die Organismen sich nicht als solche, sondern nur im Zusammenleben mit Mikroorganismen entwickeln; daß nicht der Organismus krank oder gesund ist, sondern die Synusie; daß die Krankheit entsteht, wenn ein Synont sich so ändert, daß das Gleichgewicht gestört wird, zustimmen; man kann in diesen Anschauungen einen beträchtlichen Fortschritt in der Erkenntnis immun-biologischer Vorgänge sehen, doch wird ein Satz wie der »fast jede Krankheit beruht auf Ansteckung durch Pilze und Pilzvergiftung« (*Pondorf*) und des Verfassers

Anschauungen über die exsudative Diathese und die neuropathische Diathese erst noch der Nachforschung bedürfen.

Deutsch (85) weist auf die innige Verpflechtung des Somatischen und des Psychischen hin, die namentlich zu Erkennung und Erklärung der Neurosen von Bedeutung ist und die einseitige Hervorkehrung eines einzigen Prinzips zum Verständnis des Organischen und des Psychischen nicht mehr gestattet. Vorgänge, die bis jetzt rein seelisch aufgefaßt wurden, erweisen sich als organischer Natur und somatisch als seelisch bedingt. Vorgänge im Wasserhaushalt, im Blutkreislauf, in der Magen-Darmtätigkeit sind gleichzeitig organisch und der Ausdruck von Vorstellungen, Wahrnehmungen und Reflexionen. In dieser Erkenntnis greift nicht nur die Psychiatrie auf das Organische zurück, sondern auch die innere Medizin fügt zu der somatischen die psychische Behandlung hinzu, und der Verfasser selbst kommt zu dem Satz: »daß jede organische Krankheit auch eine Neurose im Kleinen ist.«

Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie (119a) sollen als Ergänzung der Handbücher und Zentralblätter dienen und Übersichtsreferate bringen, die auch für nicht im engeren Sinne Sachverständige verständlich bleiben und die großen Linien in den Vordergrund stellen. Ballast und alle bloßen Meinungen sollen übergangen werden. Die Zusammenfassungen sollen sich nur auf Tatsachen und auf die wirklich fruchtbaren Probleme beschränken. In diesem Sinne referiert in dem 1. Heft *Guttmann* über »Nicht systematische Schädigungen des Rückenmarkes, seiner Wurzeln und seiner Hüllen«. — *Kronfeld* über die Fortschritte der Psychotherapie. — *Ewald* über die endogenen Psychosen. Im Heft 9 ist hinzuweisen auf das Referat *Wohlwills* über: Allgemeine pathologische Anatomie des Nervensystems.

Gaupp (138) weist die falsche Auslegung seiner Untersuchungen über den Selbstmord zurück, daß er alle Selbstmörder für geisteskrank hielte. Doch seien bis auf eine Ausnahme alle in seine Klinik eingelieferten Selbstmordkandidaten nicht völlig gesund gewesen. Es handelt sich um 124 Fälle, von denen 44 ausgesprochen geisteskrank waren. Die übrigen waren epileptisch, hysterisch, chronische Trinker, Psychopathen. Statistiken anderer Untersucher werden mit dieser in Vergleich gesetzt mit dem Ergebnis, daß überall ein krankhaftes biologisches Geschehen feststellbar ist, vielfach in Verbindung mit einer Reaktion auf widrige Lebensumstände. Der Selbstmord erscheint als ein soziales, biologisches und ein psychopathologisches Problem, das sich nach Gesetzen vollzieht, die wohl durch Statistik und Untersuchungen vor Augen geführt werden können, deren tiefstes Wesen und ganzen Inhalt man aber erst zu ahnen beginnt.

Günther (156). Aus der Zusammenfassung: es gibt Krankheitszustände, die außer Adipositas, vasomotorischen Störungen, Respirationsstörungen und narkoleptoiden Anfällen das Symtom der Polyglobulie aufweisen, das im Sinne einer einheitlichen pathogenetischen Betrachtung als zerebrale Polyglobulie gedeutet werden kann. Es ist ein zerebrales Regulationszentrum der Hämatopoese wahrscheinlich. Es bestehen ferner enge Beziehungen zum endokrinen System, besonders zur Funktion der Nebennieren.

Kankeleit (204a). Eine sehr wertvolle Zusammenstellung dessen, was für und gegen die Unfruchtbarmachung spricht. *Kankeleit* steht in den

Reihen derer, die unser Volkstum in Gefahr sehen und deshalb zur Abwehrmaßnahme auffordern. Das Buch enthält sich aller moralischen Wertungen und stützt sich nur auf Tatsachen, die ihm allerdings so wichtig erscheinen, daß er warnt, sich nicht durch Einwände auf das Risiko und auf Schädigungen im einzelnen Falle von dem gesteckten Ziele abbringen zu lassen. Er bringt ausführliche Statistiken über die Zunahme der geistig Minderwertigen, schildert, was die Minderwertigen dem Staate und der Gesellschaft kosten, weist auf die verschiedene Fruchtbarkeit sozialer und wirtschaftlich verschiedener Volksschichten hin, bespricht dann die Maßnahmen zur Verhinderung der Fortpflanzung und die Vererbung. In einem besonderen Kapitel werden kasuistische Fälle berichtet und schließlich der Stand der Unfruchtbarmachung in den verschiedenen Ländern geschildert. Den Schluß bildet eine ausführliche Aufzählung der Literatur. *Kankeleit* widerrät einer zwangsmäßigen Unfruchtbarmachung, möchte aber die freiwillige gesetzmäßig geregelt wissen. Jedoch soll nicht der einzelne Arzt die Entscheidung tragen, sondern eine behördlich ermächtigte Kommission.

Lange (237). Das Buch *Lange*s ist eine Sammlung von Aufsätzen, die in der Münchner Medizinischen Wochenschrift erschienen sind. Es soll kein Lehrbuch sein, und erhebt deshalb auch keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sondern es soll nur zur kurzen Orientierung für den praktischen Arzt dienen, wenn er bei einer psychotischen Erkrankung eingreifen muß. Es soll ihm Fingerzeige für sein Handeln geben, damit Schaden verhütet wird. Es stützt sich auf Erfahrungen, die *Lange* in langjähriger Tätigkeit als Leiter einer psychiatrischen Aufnahmeabteilung gesammelt hat. Um dies Ziel zu erreichen, muß natürlich auf das Wesentlichste in der Ursachenlehre, in den psychopathologischen Symptomkomplexen, der psychischen Krankheitsbilder und der therapeutischen Fragen eingegangen werden. Es dürfte eine der schwierigsten Aufgaben der Medizin sein, das bunte Bild psychischen Geschehens verständlich zu schildern, namentlich, wenn dies in gedrängter Kürze zu geschehen hat. Die Schilderung der Symptomenkomplexe dürfte schwieriger sein als die Schilderung von Krankheitstypen. Man gewinnt aber von *Lange*s Buch den Eindruck, als sei es ihm geglückt. Deshalb ist ihm eine möglichst weite Verbreitung in den Kreisen der Praktiker zu wünschen, zumal auch der Preis ein recht niedriger ist.

Marcuse (272) weist auf die Ergebnislosigkeit aller klassifikatorischen Bemühungen hin und schließt sich der Psychologie *Jodl*s an, der in dem Psychischen eine Erscheinungsform der Energie sieht, wenn auch nicht der physikalischen, die man messen kann, sondern nur als eine Erscheinungsform des Lebens, die man hinnehmen müsse, ohne sie weiter klären zu können. Er verzichtet darauf, eine große Anzahl verschiedener Psychosen als Krankheitseinheiten zu unterscheiden, denn der Inhalt der Psychose sei unwesentlich, und fordert die Einheitspsychose. Diese soll alle die krankhaften Symptomkomplexe umfassen, die durch die noch unbekannte Noxe der Schizophrenie hervorgerufen werden. Die Verschiedenheit der Symptomenbilder läßt sich durch die Verschiedenheit der Intensität der Reize, der Konstitution und der Konstellation erklären. Wesentlich sei, ob die krankhafte Erregung psychogen oder somatogen sei. Er hält die energetische Anschauung für das Gebiet der psychogenen Störungen, einschließlich

der sexuellen Verirrungen und der Psychotherapie für besonders bedeutungsvoll.

Marcuse (274). Während Schmerz mit einer Empfindung verbunden ist, ist Angst ein mit Vorstellungen verbundenes Unlustgefühl. Sie ist ein höherer psychischer Akt als Schmerz. Angst braucht nicht wie der Wunsch ein bestimmtes Objekt zu haben. Angst nimmt unter den Unlustgefühlen eine besondere Stellung ein, indem sie den höchsten Grad, die größte Intensität erreichen kann. Sie kann die ganze psychische Energie absorbieren. Höchstleistungen, wie sie die Angst darstellt, können nicht lange in gleicher Stärke andauern. Die krankhafte Erregung, die durch die noch unbekannte Noxe der Schizophrenie hervorgerufen wird, ist die häufigste Ursache der Angst. Dies ist die somatogene Angst. Angst wird durch das Überwiegen von Vorstellungen, durch die Hypernoia, hervorgerufen. Jedes Erlebnis, das Unlust erzeugt, kann Angst hervorrufen. Dies ist die psychogene Angst. Auf ihrem Boden kann es zu weiteren psychogenen Störungen kommen.

Mayer-Groß (281). Keine einfache historische Studie, sondern eine psychologische Darstellung der Arbeits- und Anschauungsweise *Kraepelins* und seiner Stellung zu Problemen anderer Forscher. Ein Vergleich mit *Pick* dient zum besonderen Herausheben der so ganz besonders gearteten Persönlichkeit *Kraepelins*.

Monakow (297). Die »Brainkommission«, eine internationale Vereinigung von Hirnforschern, war auf deutsche Anregung gegründet, um der Zersplitterung in der Hirnforschung entgegenzutreten. Die Kommission, deren internationale Bindungen recht feste waren, ist durch den Krieg ganz auseinander gefallen. *Monakow* wünscht, daß sie wieder aufleben möchte.

Nyirö (307). Kurze Referate über die auf der X. Tagung der ungarischen psychiatrischen Gesellschaft gehaltenen Vorträge. Es wurde gesprochen über juristische Fragen, über das Konstitutionsproblem, über die Frage der Krankheitseinheit in der Psychiatrie; über die Lipiodol-Radiographie; über Histopathologie und Psychiatrie (*Schaffer*); über Erfahrungen über das Nerven- und psychiatrische Spitalabteilungssystem; über die Fürsorgepflege der depressiven Kranken; über Tuschreaktion der Rückenmarksflüssigkeit; über die Bedeutung der subokzipitalen Punktion, über die Behandlung von nach Lumbalpunktion auftretenden Meningismen; über neuere therapeutische Versuche bei Schizophrenie, über Psychologie und Psychiatrie (*Renschburg*), über die Kontrolle der Heilwirkung der Malariabehandlung der Paralyse durch psychologische Untersuchungen, über die Erkennung der Differenz als psychiatrische Untersuchungsmethode (*Kollarits*), über Stil und seelische Typen, über hypnotische Erscheinungen und deren Beziehungen zum Organismus, über Zwangsneurosen, über die Wirkung der Umgebung auf die Ausgestaltung der Neurosen, über den Wert des Menschen und über Wirkungen von Leberpräparaten und die durch die Fiebertherapie verursachten Anämien.

Rosenfeld (362) unterzieht die Störungen des Bewußtseins, wie sie bei den allerverschiedensten Krankheiten vorkommen, einer eingehenden Untersuchung, indem er das in der Literatur verstreut liegende Tatsachenmaterial über die psychischen, nervösen und körperlichen Erscheinungen bei Bewußtseinsstörungen zusammenfaßt, um diese Zusammenfassung für

die allgemeine und spezielle Diagnostik dieser Krankheitszustände nutzbar zu machen. Dabei werden die psychischen Krankheitsbilder nach Möglichkeit auf bestimmte psychopathologische Grunderscheinungen oder Grundmechanismen zurückgeführt. — Er ist sich der Schwierigkeit bewußt, die in der Abgrenzung des Begriffes Bewußtseinsstörung liegt, und ist bestrebt, ihn möglichst eng zu fassen. Er spricht zunächst von einer Bewußtseinsstörung, wenn die normale Bereitschaft zu seelischen Einstellungen eine Änderung erfahren hat und der Kranke den normalen seelischen Kontakt mit der unmittelbaren Umgebung nicht aufrechterhalten kann. Doch dehnt er sie auch auf die Empfindungen aus, die als subjektive innere Erlebnisse bei dem Gefühl auftreten, daß irgendeine Veränderung, eine Lockerung, ein Zerfall innerhalb der Persönlichkeit eingetreten ist. Es wird zuerst die allgemeine Symptomatologie der Bewußtseinsstörungen, und zwar die psychischen Zustandsbilder, die neurologischen und die körperlichen Begleiterscheinungen der Bewußtseinsstörungen, die Phänomene des unbewußten seelischen Geschehens und zum Schluß eine Untersuchung über den Zusammenhang zwischen Gehirnprozeß und Bewußtseinsstörung erörtert. Dann folgt die spezielle Symptomatologie der Bewußtseinsstörungen, bei der alle Krankheiten aufgeführt werden, in deren Verlauf es zu Bewußtseinsstörungen kommt.

Jedem Kapitel ist ein Literaturverzeichnis beigegeben.

Rüdin (365). Eine Würdigung der sozialpsychiatrischen Tätigkeit *Kraepelins* unter Hinweis auf seine Arbeiten in den Fragen der Lehre vom Verbrechen, vom Alkohol, der Vererbung, der Entartung, der Wirkungen der Kultur.

Schenk (380). Die psychologische Seite des Schlafproblems ist im Verhältnis zur physiologischen Seite bisher wenig behandelt. Bei seinen Untersuchungen teilt *Schenk* das Schlafgeschehen in die Phase des Einschlafens, des Tiefschlafes und des Erwachens und kommt zu folgendem Ergebnis: Im Schlafe kommt das Erleben nicht zum Stillstand. Die Verschiedenheiten zwischen Schlafen und Wachen sind namentlich qualitativer Natur. Im Schlafbewußtsein hat das Ganze über seine Teile in stärkerem Maße und in anderer Weise das Übergewicht als im Wachbewußtsein. Die Teile sind weniger unter sich und weniger gegen das Ganze abgesondert, so daß das Schlaferleben relativ ungefügt und ungegliedert ist. Je tiefer der Schlaf wird, um so mehr nähert sich das Erleben dem rein Gefühlsmäßigen und je mehr sich das Individuum dem Wachsein nähert, um so mehr entwickeln sich gefügtere und gegliedertere Gestalten. Das Bewußtsein wird mit zunehmender Schlafvertiefung immer primitiver.

Schröder (399). Unter Betonung der Bedeutung der *Nißl*schen Forschungsarbeit, die weiterhin erst die Erforschung der Cytoarchitektonik ermöglichte, zeigt er ihre Grenzen in der Erkenntnis der Masse der sogenannten einfachen Seelenstörungen. »Von einer Ortsgebundenheit psychischer Leistungen und psychotischer Störungen wissen wir nichts.«

Schröder (400) widerspricht den Anschauungen *Vogt*s von der Lokalisation psychischer Vorgänge in einzelnen Rindenfeldern. Was das Referat *O. Vogt*s auf der Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie in Düsseldorf 1926 und der Aufsatz von *C. Vogt* »Topistik und psychiatrische Klassifikation« über das rein Histologische und Experimentelle hinaus

böten, seien Meinungsäußerungen und Anschauungen, die durch die Tatsachen schwerlich genügend gestützt würden.

Schulte (405). Folgende Ergebnisse sind erzielt: eine mit der Feinperligkeit zunehmende Oberflächenspannung und hierdurch bedingtes größeres Haftvermögen der Gasbläschen; eine stärkere Neigung zu Osmose und eine vervielfältigte feinmaschige Neigung der Haut in der Art einer feineren Vibrationsmassage.

Schulz (407). Genaue Schilderung des Arbeitsgebietes und der Arbeitsweise des Forschungsinstituts.

Der erste lateinamerikanische Kongreß für Neurologie, Psychiatrie und gerichtliche Medizin in Buenos Aires hatte eine Kommission eingesetzt, um Vorschläge zu machen für eine gleichmäßige Klassifikation der Geisteskrankheiten in den den Kongreß beschickenden Ländern. Nach dem von *Borda* (53) und den andern Kommissionsmitgliedern erstatteten Bericht kam es zu keiner Einigung. Die verschiedenen Entwürfe werden eingehend mitgeteilt.

Jolly.

Aus der Anstalt der Hauptstadt Norwegens berichtet *Gjessing* (143) im Rahmen der üblichen Anstaltsjahresberichte kurz über die dort geübte Bekämpfung der lokalen Infektion. Ganz abgesehen von der Frage nach ätiologischen Beziehungen chronischer Infektion zur Schizophrenie ist sie eine häufige mehr oder weniger schwere Komplikation, die zu zielbewußtem ärztlichen Handeln verpflichtet. Bei 16% der Zuführungen wurden chronische Entzündungen in Ohren, Nase, Hals gefunden. Unendlich viel häufiger und viel schwerer sind dagegen die chronischen Entzündungen der Mundhöhle: Paradentiden, Granulome, Abszesse, oft bei Zähnen, deren Wurzeln behandelt worden waren oder deren Krone noch recht gut war. Fast alle Schizophrenen leiden an chronischen Entzündungen. Bei über 60% der Schizophrenen wurden Temperatursteigerungen über 37,5° beobachtet, teils intermittierend, teils zusammenhängende subfebrile Perioden, synchron mit Veränderungen des N-Stoffwechsels und des Blutbildes. Operative Eingriffe dürfen nicht in einer negativen Immunitätsphase gemacht werden (Fieber, Unruhe, Konsumption), die Resistenz der Schizophrenen gegen Toxikose ist nur gering, daher muß man möglichst ein freies Intervall abpassen und den Körperzustand so weit wie möglich zu heben suchen. Die Arbeit muß auf das genaueste klinisch und im Laboratorium unterbaut werden, da nur dann ein Urteil über den Wert der angewandten Behandlung möglich ist. *Carrière.*

6. Therapie.

Bau (25). Fünf Fälle von akuter Paraldehydvergiftung, von denen einer tötlich endete. Dies war eine bereits kachektische Paralytikerin mit einem Brustkrebs und einer Nierenschrumpfung. Auch bei den in der Literatur mitgeteilten tötlichen Fällen war eine vorangegangene körperliche Schädigung nachzuweisen. Bei den später wieder genesenden Fällen trat vorübergehend eine Steifigkeit in allen Gliedern auf.

Beringer und *Wilmanns* (37). Die Alkaloide Banisterin und Harmin sind identisch. Die Wirkungen auf das extrapyramidale System bei den mit Rigor und Akinese einhergehenden Fällen konnten wieder bestätigt werden.

Schädigungen sind nicht beobachtet. Am wirksamsten erwies sich die subkutane Verabreichung, aber auch Suppositorien und keratinierte Kapseln erwiesen sich als günstig. Eine gleichzeitige Behandlung mit Hyoscin oder Atropin war häufig angebracht. Es kommt eine länger dauernde Behandlung in Frage. Neben Glanzfällen finden sich vollkommene Versager. Die Verfasser sprechen von einer Launenhaftigkeit der Präparate.

Berlit (38). Günstiger Bericht über die Wirkung des glukonsauren Calcium (Calcium-Sandoz) bei Urtikaria und Arzneiexanthem.

Combemale und *Trinquet* (78) berichten über ein Schlafmittel Somnothyril, ein Kombinationspräparat aus Veronal, Antipyrin, Thyroidin, Physostygmin. Gute Schlafwirkung mit nachfolgender leichter Euphorie ohne unangenehme subjektive Nebenwirkung. Nur wurde eine Verlangsamung der Pupillenreaktion beobachtet.

Deutsch (86). Selbstmordversuch mit Zelio-Rattengiftkörnern, die 20% Thalliumsulfat als wirksame Substanz enthalten. Erscheinungen: heftige Schmerzen in den Füßen, zwei Tage nach dem Einnehmen des Giftes auftretend, Kältegefühl in den Beinen, anhaltende, nicht zu beeinflußende Schlaflosigkeit, kolikartige Magen- und Leibschmerzen, Brechreiz, hartnäckige Obstipation, Pyodermie, Gewichtsverlust, Ausfall des Kopfhaares; drei Wochen später auftretend Eiweiß im Urin; Affektlabilität, zeitweise delirante Erregungs- und Verwirrtheitszustände.

Enke (104) bespricht die Voraussetzungen für die Erzielung einer Dauerschlafwirkung.

Friedemann (127) kommt zu dem Ergebnis, daß die Prüfung von Schlafmitteln am Tage unter Ausschließung aller suggestiven Einflüsse geschehen muß. Zur Bestimmung der Schlaftiefe genügt die regelmäßige Kontrolle der Atmung, der Zahl und der Ausgiebigkeit der Bewegungen und des Pulsschlages. Es ist wahrscheinlich, daß der Thalamus eine wesentliche Schaltfunktion für die Auslösung des Schlafes hat, die vielleicht doch im Höhlengrau des III. Ventrikels zu suchen ist. Der Großhirnrinde kommt nicht die wesentlichste Bedeutung als Träger der Schlaffunktion zu. Luminal, Veronal, Trional, Sulfonal und Somnifen schalten die diuretische Wirkung von Koffein und Theobromin aus.

Gallinek (137). Therapeutische Versuche aus der Hallenser Klinik. Nur kleines Material. Bei ängstlich erregten und klimakterischen Depressionen hatte Insulin überhaupt keinen Erfolg; bei den auf endogener Grundlage entstandenen einen gewissen. Bei Schizophrenien ließ sich ein Einfluß weder beweisen noch ablehnen.

Gallinek (136) berichtet zunächst über die Avertinnarkose bei Enzephalographien bei 19 Erwachsenen und 6 Kindern. Hirngeschwülste, Traumatiker, Hydrozephalus. — Dosierung bei Erwachsenen: 0,1 g für Kilo Körpergewicht. Das Einschlafen gleich dem Normalen. Die durchschnittliche Dauer der Narkose betrug 3 Stunden; dann Übergang zum Schlaf. Die Gesamtwirkungsdauer (Narkose + Nachschlaf + Schlummer) = 8 Stunden. Ferner wurden an 18 Kranken mit sehr schweren Erregungszuständen 51 Avertinnarkosen durchgeführt. Günstiger Erfolg beim Status epilepticus bei Kindern und bei Chorea.

Kahlbaum (199) bespricht die Behandlung der Geisteskranken nach dem Gesichtspunkte der Heilpädagogik, deren Anwendung sich für solche eigne, die fähig sind, auf Gefühlseindrücke, gelegentliche Eingebungen und

willensmäßige Beeinflussungen seelisch zu reagieren. Die Auswahl der heilpädagogischen Methoden richtet sich nach den Zustandsbildern mit ihrem charakteristischen Symptomen. Es werden direkt verbale und indirekt affektive Methoden unterschieden. Die verbalen bezwecken mehr die eigentliche Heilerziehung und die affektiven streben Aufbau und Bildung an. *Kahlbaum* spricht von den Methoden des Erweckens und Anregens, der »Evocationsmethode«, der Methoden des Zuredens und Überzeugens, der »Adduktionsmethoden« und der des Anweisens, Befehlens, der »Präzeptionsmethoden«. Die Evokationsmethode wendet sich mehr an das Gefühl, die Adduktionsmethode mehr an den Verstand, die Präzeptionsmethode mehr an den Willen. Daneben besteht die Beschäftigungstherapie, die »Akkupationsmethode«.

Klüber (217). Medinal hat sich ihm als vorzügliches und zuverlässiges Schlafmittel bewährt.

Reck und *Haack* (342). Intravenöse Injektion des Pernokton bringt sofortigen Schlaf. Abgesehen von gelegentlich aufgetretenen klonischen Zuckungen der Extremitätenmuskulatur keine Neben- oder Nacherscheinungen.

Rosenfeld (361). Übersicht über Indikation und Anwendung der Dauernarkose, die er selbst viel anwendet und empfiehlt.

Rüdin (366). Eingehende Erörterung der Frage, ob und wann die eugenische Sterilisierung bei psychiatrischen Zuständen berechtigt und erwünscht ist unter Berücksichtigung der Gesichtspunkte: welches sind überhaupt psychiatrische Erbstörungen; welcher Grad der Erblichkeit berechtigt zum Eingriff; besteht die Gefahr eines Mißbrauches und wie kann ihr begegnet werden.

Taterka und *Goldmann* (457). Bei fünf Perniziosakranken trat 4—6 Tage nach Einleitung der Lebertherapie vorübergehend Somnolenz und Erregung und Verwirrtheit ein. Es war eine große Menge Leber und Leberpräparate gegeben, so daß vielleicht eine Überdosierung stattfand.

Wilder (505). Übersichtsreferat mit dem Ziele, dem Praktiker eine Übersicht über die praktische Therapie mit Organpräparaten zu geben und dem Forscher eine Zusammenstellung verschiedener in der Literatur verstreuter Angaben über die Beziehungen der Inkrete zum Zentralnervensystem, zum vegetativen Nervensystem und Stoffwechsel und über die Beziehungen der Hormondrüsen untereinander. — Besprochen werden Adrenalin, Nebennierenrinde, Thyreoidea, Insulin, der Hypophysen-Vorder- und Hinterlappen, weibliche Keimdrüse, Hoden, Epithelkörperchen, Thymus und Epiphyse. — In einem zweiten Teile werden zunächst die einzelnen Organpräparate besprochen und die Organtherapie einzelner Nervenerkrankungen und Nervensysteme.

In 150—200 Fällen hat *Blume* (47) gute Erfolge mit der rektalen Darreichung von 7—8 g Avertin in 250 ccm Wasser gehabt. Er empfiehlt die Avertinnarkose bei schwersten auch lebensbedrohenden tobsüchtigen Erregungszuständen Geisteskranker, sah in keinem Fall gefährliche Nebenwirkungen. Eintritt der Wirkung schon nach 5—15 Minuten. Er empfiehlt sie auch für die Anstaltschirurgie und nach Behandlung schwerer organisch bedingter, insbesondere auch gehäufter Krampfzustände. *Philipps.*

Schroeder, Knud (398). Die Sulfosin-Behandlung ist eine parenterale, chemo-therapeutische pyrogene Behandlung von gleicher Wirkung wie

die Malariabehandlung, aber ohne deren Gefahren und Mängel und deshalb von größerer Indikationsbreite wie diese., Das Präparat ist in Olivenöl aufgelöster 1 % sterilisierter Schwefel. Man benutzt $^1/_2$—1 ccm, bis 10 ansteigend, wöchentlich 2 Injektionen, im ganzen eine Serie von 10 Injektionen, manchmal 2—3 Serien in etwa 14tägigen Zwischenräumen. Eine Temperatursteigerung bis zu 40° und mehr wird erstrebt, weshalb genaue Temperaturmessung sehr wichtig ist. Die Lösung wird benutzt bei Dementia paralytica, Neurolues, postenzephalischem Parkinsonismus, multipler Sklerose, Schizophrenie, überall mit bestem Erfolg. *B. Révész.*

Zur Fiebertherapie verwendete *Mas de Ayala* (280), und zwar besonders bei Schizophrenen, Paralytikern und Epileptikern das Treponema hispanicum . Die Beobachtungszeit ist zu kurz, um über die eingetretenen Remissionen näher zu berichten. Die Methode hat den Vorzug der Ungefährlichkeit und des spontanen Abklingens der Infektion nach dem vierten Fieberanfall, auch läßt sich der Erreger im Laboratorium leicht konservieren. *Jolly.*

v. Wieser (502), welcher bekanntlich seit einigen Jahren schwachsinnige Kinder mit Röntgenstrahlen behandelt, veröffentlicht hier (Bd. 32) zum erstenmal seine Ergebnisse im einzelnen, und zwar bei Mongoloidismus, mit kurzen Krankengeschichten, Kurven, Tabellen und Bildern. Vor allem war eine Hebung des Längenwachstums zu beobachten; aber auch das Massenwachstum hob sich, einige körperliche Mängel und der geistige Zustand erfuhren eine Besserung. Die Beobachtungsdauer lag zwischen 8 Monaten und $3^8/_{12}$ Jahren. Einzelheiten der Behandlung, insbesondere der Schädelbestrahlung, werden geschildert. Die Erfolge der Röntgentherapie standen denen der Organotherapie wenig nach. Die anfänglich ausgeübte Bestrahlung der endokrinen Drüsen wurde aufgegeben, weil die Erfolge der Schädelbestrahlung viel sicherer waren. Die kleine Mitteilung in Bd. 33 behandelt Folgezustände der epidemischen Enzephalitis. Auch hierfür kann der Verf. über Erfolge berichten. *H. Müller.*

---

2. Serologie.

Ref.: Gerhard Müller-Sonnenstein.

1. *Arjeff, M. J.*, Zur Frage der Okzipitalpunktion. Zbl. inn Med. 1026.
2. *Beck, A.*, u. *H. J. Lauber*, Die aktuelle Reaktion des Liquor cerebrospinalis. Pflügers Arch. **221**, 499.
3. *Benedek, L.*, u. *E. v. Thurzó*, Tuschreaktion des Liquor cerebrospinalis. Z. Neur. **119**, 69 u. M. m. W. 411 (S. 64*).
4. *Benjasch, M.*, u. *G. M. Fraenkel*, Technische Vereinfachung der *Kaup*schen Methode der Wa. R. Zbl. Bakter. I. Orig. **111**, 224.

5. *Berencsy, G.*, Über die Veränderungen des K.- u. Ca-Gehaltes des Liquor cerebrospinalis unter Parathyreoideawirkung. Kl. W. 2428.
6. *Beyreuther, H.*, Die Meinicke-Klärungsreaktion im Liquor cerebrospinalis. Kl. W. 2242.
7. *Ders.*, Erfahrungen mit der Meinicke-Klärungs-Reaktion. Kl. W. 1815.
8. *Blum, E.*, Die Takata-Ara-Reaktion. Z. Neur. **121**, 273.
9. *Blumenthal, G.*, Die experimentelle Erzeugung syphilitischer Liquorveränderungen. Z. Hyg. **110**, 93.
10. *Ders.* u. *T. Saito*, Ist das Guttadiaphot von *Meyer, Bierast* u. *Schilling* für die Diagnose der Lues verwertbar? Med. Klin. 593.
11. *Boronskaja, D.*, Die verschiedene Komplementavidität der Antigene. Z. Immun.forschg. **64**, 124.
11a. *Brandt, R.*, u. *St. Szandicz*, Die serologischen Reaktionen der Syphilis. Berlin-Wien, Urban u. Schwarzenberg. 12 M. 90 S., 12 Taf.
12. *Castens, E.*, Die Bedeutung der Kahnschen Reaktion in der serologischen Syphilisdiagnostik. D. m. W. 1461.
13. *Clivio, C.*, Variazioni del liquido cefalo rachidiano nell' epilessia. Riv. sper. Freniatr. **53**, 149.
14. *Deicher, H.*, Zur Verwertbarkeit der diagnostischen Blutserumreaktionen nach Heilserumanwendung. Kl. W. 1718.
15. *Demme, H.*, Liquorbefunde bei akuten Infektionen des Nervensystems. Dtsch. Z. Nervenheilk. **111**, 21.
16. *Doleschall, F.*, u. *N. Kussing*, Über die neueste Luesreaktion von Meinicke. M.m.W. 1800 (S. 60*).
17. *Ehrenwald, H.*, Zur Pathogenese der Beschwerden nach Lumbalpunktion. Med. Klin. 1090.
18. *Ehrhardt, K.*, Liquor- u. Hypophysen-Vorderlappen-Reaktion. Kl. W. 2330.
19. *Einstein, O.*, Über den heutigen Stand der *C.-Lange*schen Goldsolreaktion. Med. Welt, 1030 (S. 62*).
20. *Emanuel, G.*, u. *H. Rosenfeld*, Entgegnung auf die Arbeit von *Riebe* über die Mastix-Lumbotest-Reaktion. Dermat. Wschr. **89**, 1035 (S. 64*).
21. *Dieselben*, Überblick über die neuen Methoden und Ergebnisse der Liquoruntersuchung. Nervenarzt. 349 (S. 62*).
22. *Facchini*, La serodiagnosi della sifilide. Bologna, Cappelli, 530 S., 60 L.
23. *Fanconi*, Die Zisternenpunktion im Kindesalter. Schweiz. m. W. 149.
24. *Fauvet, E.*, Erfahrungen mit der *Meinicke*-Klärungsreaktion. Zbl. Bakter. I Orig. **112**, 427.

25. *Ders.*, Über Erfahrungen mit neueren aktiven Komplementbindungsreaktionen. Kl. W. 2004.
26. *Fraenkel, G.*, *Stabnikowa* u. *Rybakowa*, Zur Frage der Antigene bei der Ausführung der Wa. R. Zbl. Bakter. I Orig. **113**, 19.
27. *Friedmann, A. P.*, Über die Bedeutung der Senkungsreaktion bei Nervenkrankheiten. Z. Neur. **119**, 335.
28. *Ders.* u. *M. Maximowa*, Weitere Beobachtungen über die *Kolloidreaktion* von Takata-Ara im Liquor cerebrospinalis. Arch. f. Psychiatr. **88**, 325.
29. *Friese, W.*, u. *A. Pines*, Zur Frage der Brauchbarkeit von Azetonantigenen für die Wa. R. Z. Immun.forschg. **60**, 368.
30. *Gaehtgens, W.*, u. *A. Otto*, Über die Brauchbarkeit eines wässerigen carbolisierten Pallidaantigens für die serologische Syphilisdiagnose. Med. Klin. 873.
31. *Gellner, G.*, Über die Verwendbarkeit des Zitratplasmas. Zbl. Bakter. I Orig. **113**, 544.
32. *Gerhartz, H.*, Lumbaldrucksteigerung als Spätfolge von Schädelverletzungen. Med. Klin. 1194.
33. *Gesenius, H.*, Das Guttadiaphot VII. (Bei Hysterie u. Wirkung von Hypnose.) Z. klin. Med. **112**, 215.
34. *Groß, H.*, Über vergleichende Versuche zwischen der *Kahn*- u. *Bruck*-Reaktion als serologische Schnelluntersuchungsmethoden. Kl. W. 550 (S. 60*).
35. *Ders.* u. *L. Oelrichs*, Über die Brauchbarkeit einiger neueren Trübungs- und Flockungs-Reaktionen für die Serodiagnose der Syphilis. Kl. W. 1537 (S. 58*).
36. *Guttmann, L.*, Störungen der Liquorzirkulation u. Liquorresorption bei Psychosen. Dtsch. Z. Nervenheilk. **111**, 159 (S. 67*).
37. *Ders.*, Über Störungen der Liquorresorption bei Psychosen. Arch. f. Psychiatr. **88**, 211 (S. 67*).
38. *Halpern, F.*, Die Wirkung der Malariatherapie auf die Stickstoff- u. Eiweißverhältnisse im Paralytikerliquor. Med. Klin. 915 (S. 67*).
39. *Dies.*, Über Stickstoff- u. Eiweißverhältnisse im Liquor cerebrospinalis. Z. Neur. **121**, 283 (S. 66*).
40. *Hartmann, E.*, Untersuchungen über die Brauchbarkeit des Perubalsams für Luestrübungsreaktionen. Z. Immun.forschg. **64**, 345 (S. 62*).
41. *Hecht, H.*, Auswertung des M. T. R.-Extraktes. Neue Technik. Med. Klin. 601.
42. *Ders.* u. *H. Haber*, Vergleichende serologische Untersuchungen mit verschiedenen Methoden, insbes. *Kahn*scher R. u. *Hecht*scher Aktivmethode. Med. Klin. 1434.

43. *Hochloff, A. W.*, Die physikalische Chemie des Liquor cerebrospinalis bei den gynäkologischen Erkrankungen. Arch. Gynäk. **136**, 407.
44. *Hoffmann, E.*, u. *A. Memmesheimer*, Früherkennung und Verhütung der metasyphilitischen Erkrankungen des Nervensystems. Nervenarzt 399 (S. 65*).
45. *Dieselben*, Weshalb soll die Zisternenpunktion im Liegen vorgenommen werden? Dermat. Z. **55**, 337.
46. *Hohn, J.*, Die Klärungsreaktion von *Meinicke*. M. m. W. 624
47. *Isabolinski* u. *Podwalnaja*, Vergleichende Untersuchungen mit den Reaktionen nach *Wassermann, Mutermilch* u. *Kahn*. Z. Immun.forschg. **62**, 226.
48. *Israelson, M.*, u. *G. Bojewskaja*, Über die Verwendbarkeit des Zitratplasmas zur Anstellung der Komplementbindungsreaktion bei Syphilis. Zbl. Bakter. I Orig. **113**, 190.
49. *Jacobi, W.*, u. *H. Winkler*, Untersuchungen des Liquor cerebrospinalis mit dem Zeißschen Spektrographen. Dtsch. Z. Nervenheilk. **111**, 5.
50. *Jacobs, J.*, Zwischenfälle bei der Subokzipitalpunktion. M. m W. 1290.
51. *Jakubowitsch, S.*, Cholesteriniertes Herzextrakt in der Wa. R u. Organspezifität von Lipoidantikörpern. Z. Immun.forschg. **61**, 442.
52. *Kadisch, E.*, Die hämolytische Schnellreaktion auf Lues mit aktivem Serum. Med. Klin. 1933 (S. 61*).
53. *Ders.*, Zur Hitzeinaktivierung des Komplements. Kl. W. 296 (S. 62*).
54. *Kafka, V.*, u. *Samson*, Beziehungen der Eiweißrelation zur Hämolysinreaktion usw. Z. Neur. **120**, 744.
55. *Dieselben*, Die Bedeutung der Eiweißrelation in der Liquordiagnostik. D. m. W. 1122.
56. *Dieselben*, Die Beziehungen der Ergebnisse der Eiweißrelation zu den übrigen Liquorbefunden. Z. Neur. **119**, 1537.
57. *Kalinin, W. S.*, u. *S. J. Ginsburg*, Über die gemischten Antigene für die Wa. R. und über ein Standardantigen für Flockungsreaktionen. Z. Immun.forschg. **61**, 16.
58. *Kindler, W.*, Die Kolloidreaktionen, insbesondere die *Takata-Arasche* im Liquor u. ihre Verwertbarkeit in der Otorhinologie. Z. Hals- usw. Heilk. **23**, 319.
59. *Ders.*, Einfaches Verfahren zur Bestimmung des spezifischen Gewichtes, des Gesamttrockenrückstandes und der Asche im Liquor cerebrospinalis. Kl. W. 2048.
60. *Kirchberg, P.*, Le liquide céphalo-rachidien dans la syphilis. Paris, Ed. Maloine. 156 S. 20.— fcs. (S. 68*).

61. *Kiß, J.*, Technik und Theorie der Serumuntersuchung auf Syphilis. Jena, G. Fischer. 4,— M.
62. *Klemperer, E.*, u. *M. Weißmann*, Bestimmung des CO_2 Gehaltes im Liquor cerebrospinalis bei Psychosen, insbes. progr. Paralyse. Z. Neur. **119**, 351 (S. 66*).
63. *Klingberg, O.*, Zur Färbung des Antigens für die M.T.R. nach *Borowskaja*. Zbl. Bakter. I Orig. **111**, 495 (S. 60*).
64. *Klingenstein, R.*, Über die Thermolabilität von Lipoidantikörpern. Kl. W. 1860 (S. 62*).
65. *Klopstock, A.* u. *El.*, Zur neuesten Entwicklung der Theorie u. Methodik der Syphilisreaktionen. J. Psychol. u. Neur. **39**, 429.
66. *Klopstock, Er.*, Zur Kenntnis der Citocholreaktion. Dermat. Wschr. **89**, 1334 (S. 58*).
67. *Kral, Stary* u. *Winternitz*, Zur Frage der Liquorgenese. Z. Neur. **122**, 308.
68. *Kroll, M.*, u. *H. Fedoroff*, Über den klinischen Wert der *Walter*schen Brommethode. Z. Neur. **122**, 667.
69. *Krottmayer-Antoni, L.*, Serologische Luesreaktionen mit verdünntem Serum. M. m. W. 1335 (S. 61*).
70. *Kruse, F.*, Untersuchungen über die Blut-Liquor-Permeabilität im Säuglingsalter mittels der *Walter*schen Brommethode. Arch. Kinderheilk. **86**, 254.
71. *Kulkow, A. E.*, Der Liquor cerebrospinalis bei der genuinen Epilepsie. Arch. f. Psychiatr. **88**, 114.
72. *Lechner, F.*, Erfahrungen mit der *Müller*schen Ballungsreaktion bei der Untersuchung von 2000 Blutproben. W. kl. W. 968.
72a *Levenson*, A., Neurologische Erfahrungen mit der neuen Modifikation der Mastixreaktion nach *Emanuel* u. *Rosenfeld*. Nervenarzt 20.
73. *Lickint, F.*, Der Harnsäuregehalt des Liquor cerebrospinalis. — Der Gehalt des Liquor an Aminosäuren — Stickstoff. Z. Neur. **120**, 138, 148.
74. *Littauer, E.*, Die Bedeutung der *Wassermann*schen Reaktion im aktiven Serum nach *C. Lange* für die Erkennung und Behandlung der Lues nervosa. Dtsch. Z. Nervenheilk. **107**, 230.
75. *Löwenthal, K.*, Die Untersuchung der Lumbalflüssigkeit, mit dem Guttadiaphot. Med. Welt 1655.
76. *Loewy, E.*, Erfahrungen mit der neuen Meinickeschen Klärungsreaktion (MKR.). Dermat. Wschr. **88**, 869 (S. 60*).
77. *Mader*, Liquoruntersuchungen bei Encephalitis u. Encephalismus. Mschr. Kinderheilk. **44**, 233.
78. *Manteufel, P.*, u. *W. Maercker*, Zur Frage der »gewerbs-

mäßigen« Ausführung der Serodiagnose bei Lues. Zbl. Bakter. I Orig. **114**, 264.
79. *Marquardt, F.*, Die Klärungsreaktion von *Meinicke* (M. K. R.). M. m. W. 2096 (S. 59*).
80. *Mazgon, R.*, Über die Bedeutung der *Kiß*schen Reaktion. W. m. W. 1449 (S. 61*).
81. *Meinicke, E.*, Die M. K. R. als Mikro- u. Schnellreaktion. Kl. W. 1080 (S. 60*).
82. *Ders.*, Eine neue Syphilisreaktion (M. K. R.). Kl. W. 112.
83. *Ders.*, Meine Klärungsreaktion auf Syphilis (M. K. R.) 3. Mitt. M. m. W. 318, 628, 1965 (S. 59*).
84. *Memmesheimer, A. M.*, Die Technik und Anwendung der Suboccipital- oder Zisternenpunktion. Stuttgart, Montana-Verl. 80 S. 8,50 M.
85. *Meyer, Fr.*, Die Brauchbarkeit der *Meinicke*-Trübungs-Reaktion in der Anstalt. Psychiatr.-neur. Wschr. 278 (S. 60*).
86. *Michejew* u. *Darkschewitsch*, Zur diagnostischen Bedeutung der *Takata-Ara*-Reaktion. Arch. f. Psychiatr. **86**, 752.
87. *Mosbacher, F. W.*, Erfahrungen mit einem einfachen gebrauchsfertigen Liquordiagnostikum. M. m. W. 994 (S. 65*).
88. *Müller, R.*, Die Lehren der serologischen Arbeitskonferenz des Völkerbundes in Kopenhagen 1928. W. kl. W. 767.
89. *Ders.*, Über die Ergebnisse der serodiagnostischen Vergleichsuntersuchungen bei der Völkerbund-Konferenz in Kopenhagen 1928. Zbl. Hautkrkh. **31**, 537.
90. *Ders.*, Vereinfachte Methodik der Ballungsreaktion. D. m. W. 1624.
91. *Neel, A.*, Über psychotische Formen von Encephalitis larvata u. atypica. Notwendigkeit der Lumbalpunktionen bei Psychosen. Vergleich zwischen den Eiweißbestimmungen in der Spinalflüssigkeit. Z. Neur. **122**, 277 (S. 66*).
92. *Ders.* u. *F. Dickmeiß*, Der diagnostische Wert der Goldsolreaktion sowie ein Vergleich mit Globulin-Totaleiweißbestimmungen nach *Brandberg* u. a. Z. Neur. **122**, 144 (S. 63*).
93. *Ders.*, *Tómasson* u. *Jacobsen*, Über Spinalflüssigkeitsveränderungen infolge kurzdauernder Kompression ad modum *Queckenstedt*. Z. Neur. **122**, 253 (S. 65*).
94. *Nicole, R.*, Über die *Takata-Ara*-Reaktion. II Mitt. Z. klin. Med. **110**, 94.
95. *Nippert*, Über die Beziehungen der Blutliquorschranke zum Gesamtstoffwechsel. Z. Neur. **118**, 562.
96. *Olsen, M.*, Die Kopenhagener Laboratoriumskonferenz zur Serodiagnose der Syphilis. Arch. soz. Hyg. **4**, 270.
97. *Pacheco e Silva* u. *Chipakoff*, Beitrag zum Studium des

Liquors bei Geisteskranken. (port.) Mem. Hosp. Juquery 1928—9, 1 (S. 68*).
98. *Palcsó, V.*, Über die Ursachen des nach Lumbalpunktion auftretenden Meningismus. Dtsch. Z. Nervenheilk. **109**, 71.
99. *Pappenheim, M.*, Bedeutung der Blut- u. Liquordiagnose für die Praxis. W. kl. W. 369.
99a. *Pinéas*, Exitus nach Zisternenpunktion. Nervenarzt 25.
99b. *Pires, V.*, u. *H. Póvoa*, Die Liquorveränderungen bei mit Malaria behandelten Paralytikern. Verh. d. l. lat. amerikan. Kongr. f. Neur., Psychiatr. u. ger. Med. **2**, 398 (portug.) (S. 68*).
100. *Pisani, D.*, Sulla durata della sopravvivenza delle cellule del liquor cerebro-spinalis. Riv. sper. Freniatr. **53**, 235.
101. *Plaut, F.*, Ergänzungen zu meinem Verfahren der subocci-pitalen Liquorentnahme beim Kaninchen. Z. Neur. **120**, 1.
102. *Ders.*, Gehirnantisera in ihrer Wirkung auf das Gehirn des Kaninchens bei subduraler Einführung. Kl. W. 1801.
103. *Ders.*, Über die Methodik der *Wassermann*schen Reaktion und über den Wert des positiven Blutbefundes für die Beurteilung nervöser Prozesse. Dtsch. Z. Nervenheilk. **109**, 62.
104. *Ders.*, Zur Zisternenpunktion beim Kaninchen. Kl. W. 976.
105. *Ders.*, u. *H. Kassowitz*, Über die Entstehung von Hirnanti-körpern bei der Immunisierung normaler und syphilitischer Kaninchen mittels Hirnsuspensionen. Z. Immun.forschg. **63**, 428.
106. *Proescher, F.*, u. *A. S. Arkush*, Comparison of Kahn and *Wassermann* tests. Amer. J. Psychiatr. **9**, 195.
107. Psychoanalytische Institut, Das Frankfurter. Westdtsch. Ärzte-Ztg. 100.
108. *Reiche, F.*, Befunde im Liquor spinalis bei inneren Er-krankungen mit zerebralen und meningealen Symptomen. Z. klin. Med. **110**, 506.
109. *Reitter, C.*, Zu welchen Fehldiagnosen kann ein positiver *Wassermann* Anlaß geben? Mitt. Volksgesdh.amt. (Wien), Ärztl. Praxis 128.
110. *Riebe, W.*, Die Mastix-Lumbotest-R. nach *Emanuel* und *Rosenfeld*. Dermat. Wschr. **88**, 437 (S. 63*).
111. *Ders.*, Erfahrungen mit der Schnell-Mikro-Mastixreaktion von *Melczer* u. *Dahmen*. Dermat. Wschr. **89**, 1406 (S. 64*).
112. *Riebeling, C.*, Zur Bestimmung des spezifischen Gewichts des Liquor cerebrospinalis. Kl. W. 1573.
113. *Riser*, Le liquide céphalo-rachidien. Paris, Masson et Cie., 250 S., 28 fcs.
114. *v. Rohden, F.*, Über die diagnostische Bedeutung der

*Walter*schen Permeabilitätsreaktion. Arch. f. Psychiatr. **87**, 797.
115. v. *Rohrböck, F.*, Beiträge zur Kenntnis des Liquordruckes bei pathologischen Zuständen des Kindesalters. Jb. Kinderheilk. **125** (**75**), 185.
116. *Rosenbaum, S.*, Säuglingsintoxikation und Bluthirnpermeabilität. Mschr. Kinderheilk. **42**, 419.
117. *Sachs, H.*, Über Bedeutung und Bewertung der serologischen Syphilisreaktionen. D. m. W. 16 (S. 57*).
118. *Ders.*, Von den Ergebnissen der 2. Laboratoriumskonferenz über den serologischen Luesnachweis in Kopenhagen. Z. Immun.-forschg. **64**, 474 u. Kl. W. 2343 (S. 57*).
119. *Ders.*, u. *E. Witebsky*, Die Eignung der Citocholextrakte. Kl. W. 210 (S. 58*).
120. *Dieselben*, Zur Frage der Verwendbarkeit von Citocholextrakten zur Liquoruntersuchung. Kl. W. 1958 (S. 59*).
121. *Sáinz de Aja*, *Alvarez* u. *N. Calvin*, *Meinicke*-Reaktion mit unmittelbar nachfolgendem Zentrifugieren und gefärbten Antigenen. Arch. f. Dermat. **158**, 88 u. 485 (S. 60*).
122. *Dieselben*, Über die Reaktion von *Kahn* (span.) Rev. ec. espagn. de derm. sifil, April (S. 68*).
123. *Saito, T.*, Erfahrungen mit der *Meinicke*-Klärungs-Reaktion. Med. Klin. 1508.
124. *Samson, K.*, Kritische Betrachtungen über Eiweißbestimmungsmethoden im Liquor cerebrospinalis. Dtsch. Z. Nervenheilk. **108**, 276.
125. *Ders.*, Titrimetrische Mikrophosphorbestimmung im Serum und Liquor. Kl. W. 1029.
126. *Ders.*, Zur Frage der praktischen Verwertbarkeit bluthaltigen Liquors. Kl. W. 971 (S. 65*).
127. *Schaferstein, S. J.*, Die Rolle der hämatoenzephalitischen Barriere in der Genese des neurotoxischen Syndroms bei akuten Ernährungsstörungen. Mschr. Kinderheilk. **45**, 422.
128. *Schapiro, A.*, Die *Wassermann*sche Reaktion im Zusammenhang mit den Isoagglutinationseigenschaften des Blutes. Z. Immun.forschg. **64**, 1.
129. *Scharawsky, S. N.*, u. *A. B. Mandelboim*, Zucker und Chloride des Liquor cerebrospinalis und ihre klinische Bedeutung. Z. Neur. **123**, 123.
130. *Schilling, V.*, Das Guttadiaphot. Jena, G. Fischer, 6 M.
131. *Schmitt, W.*, Einige Beobachtungen über die *Emanuel-Rosenfeld*sche Lumbotestreaktion. Z. Neur. **121**, 92 (S. 63*).
132. *Schnitzer, R.*, Über Syphilisdiagnose in der Lumbalflüssigkeit mit Trübungsreaktionen. D. m. W. 228.
133. *Schoch*, Über die Beeinflussung der Seroreaktionen nach

Wassermann, *Sachs-Georgi*, *Meinicke* u. *Vernes* durch die Impfmalaria. Schweiz. m. W. 1222.

134. *Schoenemann*, *H.*, Infektion der Meningen nach Lumbalpunktion durch Hautstückchen. M. m. W. 1464, dazu *Drüner*, 1594.

135. *Schpoljansky*, *G.*, u. *A. Danzig*, Zur Wasserstoffionenkonzentration des Liquor cerebrospinalis bei Eklampsie. Arch. Gynäk. **136**, 37.

136. *Schreus*, *H. Th.*, u. *E. Willms*, Über den Ausfall der *Boltz*reaktion in den verschiedenen Stadien der Lues. Dermat. Z. **56**, 8.

137. *Skalweit*, Biologische Leukocytenkurven bei Lues und Metalues des Zentralnervensystems. Vortrag. Arch. f. Psychiatr. **90**, 722 (S. 61*).

138. *Skinner*, *F.*, Cerebrospinal fluid examined by ultra-violet light. J. of Neur. **10**, 97.

139. *Sowade*, *H.*, Die Gefahren »partieller« Seroreaktionen für Syphilitiker und Gesunde. D. m. W. 136.

140. *Squier* u. *Wertheimer*, Sezerniert der Hypophysenvorderlappen in den Liquor cerebrospinalis? Z. exper. Med. **64**, 804.

141. *Stary*, *Kral* u. *Winternitz*, Über die Verteilung der Elektrolyten auf Serum und Liquor cerebrospinalis. Z. exper Med. **66**, 671 u. 691; **68**, 441.

142. *Steiner*, *B.*, Beiträge zur Chemie des Liquor cerebrospinalis. Jb. Kinderheilk. **124** (**74**), 188.

143. *Stępowski*, *B.*, u. *W. Wróblewski*, Versuche mit gefärbtem Antigen bei der *Meinicke*schen Trübungsreaktion. Med. Klin. 1174.

144. *Stern*, *C.*, Die Bewertung der Trübungsreaktion in der Praxis. M. m. W. 957 (S. 58*).

145. *Stern*, *L.*, Les dernières recherches concernant le fonctionnement de la Barrière Hémato-Encéphalique. Schweiz. m. W. 935.

146. *Störring*, *E.*, Beiträge zum Permeabilitätsproblem. Arch. f. Psychiatr. **86**, 567.

147. *Straszyński*, *A.*, Zur Serologie der kongenitalen Lues. Dermat. Wschr. **88**, 771.

148. *Stühmer*, *A.*, Über die Indikationen zur Blutreaktion auf Syphilis. D. m. W. 94 (S. 58*).

149. *Sümegi*, *St.*, u. *R. Szalay*, Erfahrungen über Luesreaktionen mit aktivem Serum. W. kl. W. 680.

150. *v. Thurzó*, *E.*, Humoralpathologische Untersuchungen bei Dementia praecox mit besonderer Rücksicht auf die pleohämolytische Reaktion. Z. Neur. **119**, 307 (S. 65*).

151. *Tillgren, J.*, u. *A.-L. Allander*, *Müller*s Ballungsreaktion als Ergänzung zu den *Wassermann*-Untersuchungen. Acta med. scand. (Stockh.) **71**, 147.

152. *Töpfer, D.*, Kurze Mitt. über unsere praktischen Ergebnisse mit der *Kahn*schen Reaktion. Zbl. Bakter. I Orig. **112**, 231.

153. *Dies.*, Vergleichende Untersuchungen nach *Takata-Ara* und nach *Boltz*. Zbl. Bakter. I Orig. **113**, 64.

154. *Trendtel, F.*, Die Bedeutung und Beeinflussung des Liquorzuckers im Kindesalter. Arch. Kinderheilk. **89**, 96 (S. 67*).

155. *Tschugunoff, S. A.*, Zur Frage über die Veränderungen der cerebrospinalen Flüssigkeit nach der Encephalographie. Z Neur. **122**, 452.

156. *Vásárhelyi, J.*, Eine Vereinfachung der bicolorierten Mastixreaktion. Z. Neur. **118**, 433.

157. *Vonkennel, J.*, Die Permeabilität der Meningen, insbesondere bei der modernen Fiebertherapie. Dtsch. Arch. klin. Med. **165**, 180.

158. *Wainstein, A.*, u. *M. Potaschnik*, Die aktive Methode *Tsû* in der Serodiagnose der Syphilis. Dermat. Z. **57**, 201.

159. *Walter, Fr.* K., Die Blut-Liquorschranke. Leipzig, G. Thieme, 223 S., 19 M.

160. *Ders.*, Ergebnisse der Liquorforschung und der Serologie. Fortschr. Neur. 109.

161. *Weiland, W.*, Differentialdiagnostische Bedeutung der *Boltz*schen Reaktion bei progressiver Paralyse. Z. Neur. **122**, 457.

162. *Wethmar, R.*, Die Blutsenkungsreaktion bei Impfmalaria. Z. Neur. **118**, 451.

163. *Wichels, Hürthle* u. *Maley*, Ein Beitrag zur Theorie und Praxis der Syphilisreaktionen. M. m. W. 1759.

164. *Winkler, H.*, Spektrophotographische Liquoruntersuchungen bei chronisch Schizophrenen. Arch. f. Psychiatr. **86**, 249 (S. 67*).

165. *Witebsky, E.*, Disponibilität und Spezifität alkohollöslicher Strukturen von Organen usw. Z. Immun.forschg. **62**, 35 (S. 61*).

166. *v. Witzleben, H.* D., Zum diagnostischen Wert der Interferometrie in der Psychiatrie. Kl. W. 552.

167. *Zollschan, J.*, Beiträge zur spezifischen Empfindlichkeit der *Müller*schen Ballungsreaktion. W. kl. W. 810 (S. 60*).

168. *Zweig, L.*, Die Anwendung und Bedeutung der Zysternen- oder der Subokzipitalpunktion für den Praktiker. D. m. W. 185.

An die Spitze der Arbeiten, die sich in diesem Jahr mit dem serologischen Luesnachweis beschäftigen, ist die Zusammenfassung der Ergebnisse der II. Kopenhagener Laboratoriumskonferenz von *Sachs* (118) zu stellen. Nach kurzer Betonung der Tatsache, daß die syphilitische Blutveränderung einheitlicher Natur, eine Lipoidantikörperbildung ist, und nach erneutem Hinweis auf die enorme Wichtigkeit vergleichender Untersuchungen erfährt man, daß von 7 verschiedenen Seiten die Wa. R. und von 8 Seiten Flockungs-, bzw. Trübungs-, bzw. Ballungsreaktionen an 944 Blutproben (502 Syphil., 442 Nichtsyphilit.) ausgeführt wurden. Bei der 1. Gruppe waren 300 Fälle von latenter Syphilis. Bei der Wa. R. stand die Schärfe der Reaktion in auffallendem Parallelismus mit dem Mangel an Spezifität. Als die beste Ausführungsart werden trotz ihrer geringen Empfindlichkeit wegen ihrer Spezifität die Methoden von *Harrison* und *Wyler* und *Sierakowski* bezeichnet, die neben Extrakten von *Bordet* und *Ruelens* cholesterinisierte Rinderherzextrakte benutzten. Für die geringe Empfindlichkeit dieser Methoden ist vielleicht Bindungszeit (bei beiden Versuchen nur $^1/_2$ Stunde) und Bindungsart (bei *Sierakowski* die erheblich stärker thermisch wirkende Wasserbadbindung) verantwortlich zu machen. Die zutage getretene Überlegenheit der Flockungsreaktionen berechtigt nicht, auf die Wa. R. zu verzichten. Die Konferenz rät, mindestens 2 Reaktionen gleichzeitig auszuführen, von denen nach der Mehrzahl der Teilnehmer eine die Wa. R. sein soll, da die 2 verschiedenen Prinzipe sich erfahrungsgemäß oft ergänzen. Die meisten der Flockungsreaktionen benutzten cholesterisierte Rinderherzextrakte mit gutem Erfolg, da bei der Meinicke-Trübung (Pferdeherz und Tolubalsam) die Zahl der unspezifischen Ergebnisse am höchsten, bei der Vernes-R. (Perethynolextr.) die Empfindlichkeit am geringsten war. An der Spitze im Hinblick auf Empfindlichkeit stehen *Müller-Ballung* und *Kahn,* die auch gute Spezifität zeigten. Ihnen folgt die Citocholreaktion von *Sachs* und *Witebski,* die bei besserer Spezifität gleichempfindlich wie die Murata- und die Sigma-R. war, während die alte Sachs-Georgi-R. zu wenig empfindlich reagierte. Auf gewisse Gefahren zu großer Empfindlichkeit wird hingewiesen. Auch bei einer Prüfung der zweifelhaften Ergebnisse stehen *Müller-Ballung, Kahn* und Citocholreaktion an der Spitze. Für die Sachs-Georgi-R. sind wegen der Gefahr von unspezifischen Reaktionen nur Extrakte mit seltener reversibler Frühflockung zu verwenden. Es wird betont, daß die absolute zahlenmäßige Überlegenheit einer Methode nicht die relative Überlegenheit einer andern ausschließt. Versuche an 122 Liquores ergaben die Eignung von *Kahn* und *Müller-Ballung,* die auch in London bei 500 Liquores gut, bei klarem Liquor sogar besser als die bei trübem Liquor überlegene Wa. R. arbeiteten. In einer Anmerkung weist *Sachs* darauf hin, daß sich für die Liquoruntersuchung auch besonders verstärkte Citocholextrakte gut eignen, bei denen nicht wie bei *Kahn* die Globuline vorher ausgefällt werden müssen. Kurze Beschreibung der Methode.

In einer 2. Arbeit (117) nimmt *Sachs* zu den Anschauungen *Buschke*s Stellung, nach dem man mit Rücksicht auf die Psyche des Kranken die Blutuntersuchung nur vornehmen soll, wenn man zu einer spezifischen Behandlung ohnehin schon entschlossen ist. *Sachs* weist auf die Gefahren unspezifischer Befunde hin, die sich aber durch Anstellen von 2 oder mehreren Reaktionen auch bei Gravidität und Tbc. weitgehend vermeiden lassen.

Es ist notwendig, daß der Serologe nur sicher positive Ergebnisse als positiv bezeichnet. Den weitgehenden Verzicht auf die Serumuntersuchung, wie *Buschke* ihn will, hält *Sachs* für nicht berechtigt. Auch *Stühmer* (148) setzt sich mit *Buschke* auseinander und betont die Notwendigkeit der Blutuntersuchung, auf die zu verzichten nur in seltenen Fällen im Interesse des Patienten notwendig ist. Er weist auf die Schwierigkeit der Beurteilung des »serologischen Blutbildes« und die Gefahr der Bezeichnung von fraglichen Ergebnissen mit ± oder ++ hin, wie sie die amtliche Vorschrift anwendet.

Stern (144) mahnt zu vorsichtiger Wertung aller serologischen Ergebnisse, da keine der Reaktionen spezifisch in engerem Sinne ist, sondern durch erhöhten Cholesteringehalt der verwendeten Sera, der in der Eigenart des Individuums, in Schwangerschaft, Art und Aufnahme der Nahrung, in anderen Krankheitszuständen seine Ursache hat, unspezifisch beeinflußt werden können, und zwar besonders bei den Ersatzreaktionen der Wa.-R. Verf. lehnt deshalb die Ansicht *Hohns* ab, die Trübungs-Flockungsreaktionen als Maßstab für die Diagnose Syphilis zu verwenden. Bei der Beurteilung hat die Klinik das letzte Wort. *Groß* und *Oelrichs* (35) halten die Wa. R. für die Standardmethode und sehen die anderen Reaktionen als Ergänzungen an, von [illegible]n neben der Wa. R. mehrere auszuführen sind. Die Schnelligkeit des [illegible]ktionsablaufs dieser Ersatzreaktionen ist durch optimale Konzentratio[illegible]r Reagentien, hohe Empfindlichkeit der Antigensuspension, richtige M[illegible]nverhältnisse und durch technische Maßnahmen bedingt. Verf. verwand[illegible] *Dold*, *Kahn* und *Bruck* nach Originalmethode, geben kurz die Technik [illegible]er Citochol- und der Meinicke-Klärungsreaktion mit der Modifikation von Hohn an. Bei 1500 Seren bestand in 94% absolute Übereinstimmung. Von 89 Seren war die Wa. R. viermal allein negativ. Die Zahl der bei den zweifelhaften Seren positiven Befunde war bei M. K. R. 55 und damit fast gleich der Wa. R. (57), während *Dold* 46, *Citochol* 46 und *Bruck* 22 positive Ergebnisse zeigten. Ein unspezifisches Ergebnis fand sich bei *Dold* keinmal, bei *Bruck* und *Citochol* in 1, bei *Kahn* in 2 und bei M. K. R. in 14 Fällen. Bessere Ergebnisse fanden sich bei der Trübungsreaktion nach *Meinicke*, die Verf. deshalb bevorzugen.

Auch *Erich Klopstock* (66) findet die optimalen Bedingungen für die Serodiagnose der Syphilis im Verwenden mehrerer Methoden, von denen eine die Wa. R. sein soll. Er hält für besonders geeignet die S. G. R., die aber erst nach 24 Stunden ablesbar ist. Die M. T. R. leidet unter der umständlichen Art der Extraktbereitung durch Harzzusatz. Bei 1580 Seren stimmten Wa. R. nach Reichsvorschrift, M. T. R. und Citochol-R. in 91,1% überein. Bei positiver Luesanamnese war die C. R. in 8,9% empfindlicher als die zwei anderen Reaktionen, während bei fehlender Luesanamnese die Wa. R. die wenigsten positiven Ausfälle ergab. Die C. R. erwies sich der M. T. R. überlegen, wie sie bei größerer Empfindlichkeit die gleiche Spezifität zeigte. Die Frage kann aber noch nicht endgültig entschieden werden, da die Anamnese oft fehlte.

Um die Einheitlichkeit des den verschiedenen serologischen Luesreaktionen zugrunde liegenden Prinzips, das durch die Annahme der Lipoidantikörperbildung schon bejahend beantwortet ist, erneut zu beweisen, haben *Sachs* und *Witebsky* (119) ihren Citocholextrakt für andere Reaktionen (Wa. R., S. G. R.; *Kahn* und *Müller-Ballung*) verwandt und bei

geeigneter Abänderung der Extraktverdünnung, die beschrieben wird, geeignet gefunden. Sie folgern daraus, daß allen diesen Methoden das Prinzip der einzeitigen Ausflockung cholesterinierter Extrakte zugrunde liegt. Die Notwendigkeit, neben der Wa. R. eine oder mehrere Flockungsreaktionen zu verwenden, ergibt sich aus den Abweichungen der mit C.-Extr. ausgeführten verschiedenen Reaktionen in ihrem Ergebnis bei dem gleichen Serum. Nach denselben Autoren (120) wird der C.-Extr. durch starken Cholesterinzusatz auch für die Liquoruntersuchung geeignet. Die Verdünnung dieser Extrakte schnell mit 0,9 Na.-Cl.-Lösung. 1 Minute stehen lassen bei Zimmertemperatur. 0,5 ccm (evtl. weniger) des bei 55° 1/2 Stunde inaktivierten Liquor wird mit 0,05 ccm des Extraktes versetzt und entweder 10 Sekunden mit der Hand oder 1—2 Minuten mit Schüttelapparat oder Hand geschüttelt. Ablesen nach 5—8 Stunden langem Stehen in Zimmertemperatur im ersten, sofort und nach 5—8 Stunden im zweiten Fall. Die Verfasser fordern zur Nachprüfung auf und erbieten sich, Extrakt zur Verfügung zu stellen.

Eine Reihe von Arbeiten sind der Meinicke-Klärungs-Reaktion (M. K. R.) gewidmet. Zunächst gibt *Meinicke* selbst (83) unter Bezugnahme auf frühere Veröffentlichungen zur Technik an, daß das Austitrieren der Sodalösung gewisse Schwierigkeiten bereitete: [illegible] steht fest, daß alle wasserfreien, chemischreinen Sodapräparate der[illegible]en Titer, also in 1% Stammlösung die richtige Konzentration haben, [illegible] der mit 3,5% Kochsalzlösung die für den Versuch nötigen Verdünnungen, 0,01%, 0,015% und 0,02% für unverdünntes, 0,04% für verdünntes Serum, bereitet werden. Austitrieren ist bei exakt bereiteten Lösungen, d[illegible]n Herstellen beschrieben wird, unnötig. Eigenflockung bei 20° zeigt in 24 Stunden nur die Verdünnung mit 0,01% Soda. Die Schnelligkeit des Abkühlens fördert die Flockung. Da die zwei ersten Minuten besonders wichtig sind, soll man die Verdünnung 2 Minuten im Wasserbad von 55—56° nachreifen lassen. Temperaturen unter 50° und über 60° erhöhen die Unspezifität. Kontrollen dürfen nur bei 0,01% oder 0,015% Soda volle oder beginnende Flockung zeigen, von 0,02% Soda muß sie fehlen. 3000 Sera wurden neben der M. K. R. mit der Kahn-Reaktion, M. T. R. und Wa. R. untersucht. Von 1210 Syphilisfällen wurden 65% durch Wa. R. und M. T. R., 99% durch M. K. R. und K.R. festgestellt und zwar 91% durch K. R., 97% durch M. K. R. Da man aber nie mit einer Methode alle positiven Fälle erfaßt, ist Anwendung von mehreren Methoden notwendig. Als Nachteil der K. R. hebt *Meinicke* die oft nicht leichte Ablesbarkeit und die schnelle Änderung des Resultates hervor. Die Abänderung der Methodik der M. K. R. durch *Hohn* und *Laubenheimer* geben den schönen Indikator der Klärung, der ein »genaues und leichtes Ablesen wie bei der Wa. R. erlaubt«, auf. Mikroskopisch kann man schon nach 1 Stunde im hängenden Tropfen die Resultate ablesen. Die Mikroreaktion mit M. K.-Extrakt lehnt sich technisch eng an die M. T. R. an. Die Methodik wird beschrieben. Gleichmäßige kleinkörnige Granulierung ist negativ, dicke Konglomerate sind positiv. Bei stärkerer Vergrößerung fehlt jede Bewegung. Nach *Marquardt* (79) ist die M. K. R. empfindlicher als die Wa. R., da sie im wassermannegativen Stadium der Lues I zeitiger positiv wird und es auch länger bleibt. Auch bei latenter Lues und bei Lues cerebi zeigte die M. K. R. empfindlicher an, zeigte aber auch, besonders bei schwerer Tuberkulose größere Unspezifität.

Dagegen betont *Erna Loewy* (76) gerade das Fehlen unspezifischer Resultate. Die M. K. R. ist einfach und unabhängig von äußeren Einflüssen. Sie soll neben der Wa. R. gemacht werden, mit der sie und die M. T. R. bei 653 Seren in 89,6% übereinstimmte, die sie aber in weiteren 8,6% mit Luesanamnese wegen ihrer größeren Breite übertraf. *Doleschall* und *Kussing* (16) fanden in 1011 Fällen die M. K. R. in 92% (12% positiv, 80% negativ) mit der Wa. R. übereinstimmend, in 8% divergierend. Unter den Fällen waren wenig frische Luesfälle. Verf. halten das 1. Röhrchen für entbehrlich, weil es bei keinem sicheren positiven Luesfall allein positiv war. Auch das 4. Röhrchen kann wegfallen, wenn man die Wa. R. gleichzeitig macht, da diese bei positivem 4. Röhrchen mindestens schwach positiv ist. Die M. K. R. ist wegen ihrer Einfachheit bei Wiederholung im Ergebnis beständiger. Sie erfaßte 15% Luesfälle mehr als die ohne verschärfende Modifikation angesetzte Wa. R. Es fanden sich aber eine Anzahl unspezifischer Resultate. Die Methodik der M. K. R. als Mikro- und Schnellreaktion beschreibt *Meinicke* (81).

Meyer (85) glaubt, die Anwendung nur einer, und zwar der M. T. R. für die Luesdiagnostik, die ihm bei über 1000 Seren fast immer eindeutige Resultate ergab, durch gleichzeitige Verwendung der Anamnese und des klinischen Bildes rechtfertigen zu können. Die günstigen Erfahrungen werden wohl dazu führen, daß die M. T. R. an allen schlesischen Provinzialanstalten ausgeführt wird. *Klingberg* (63) rät, gewisse Schwierigkeiten beim Ablesen der M. T. R., die bei leichten Trübungen trotz Benutzen eines dem Walpoleschen Komparator nachgebildeten Gestells auftreten, durch Färbung des Antigens mit 0,2 Viktoriablau 4 R. auf 500 Antigen nach *Borowskaja* zu umgehen. *Verf.* arbeitet nach Hohn mit inaktivem Serum und folgender Änderung. Erwärmen des Antigens und 3% Kochsalz und 1% Kalium-carbon.-Lösung 20 Minuten auf 56°. Die Kochsalzlösung wird dem Antigen so zugesetzt, daß in 1 Sek. 1 ccm zufließt. Die Frühablesung ist erschwert, nach Entfärbung und Flockenbildung nach 24 Stunden wird abgelesen. Hämolytische Seren waren nicht zu verwenden, aber ikterische. Die so ausgeführte M. T. R. war schärfer als die Wa.R., ohne unspezifisch zu sein. *Sáinz de Aja* u. *Calvin* (121) fanden die Untersuchungsergebnisse der M. T. R. im Vergleich mit Wa. R. und Kahn-R. gut, wenn sie nach *Borowskaja* gefärbten Antigene verwandten und nach 5—10 Minuten nach Zentrifugieren, dann nach Aufschütteln des Bodensatzes (milchige Trübung oder Klarwerden) und nach 24 Stunden nach Zusatz von 0,5 Chloroformablasen.

Zollschan (167) betont, daß die Lebensfähigkeit einer Präzipitatsreaktion nicht von ihrer Übereinstimmung mit der Wa. R. abhängt, sondern an die Übereinstimmung mit der Klinik gebunden ist. Bei der Müller-Ball.,-R. wird hohe Empfindlichkeit von großer Spezifität begleitet. In wassermannpositiven Fällen 100% Übereinstimmung. Durch 6 klinische Fälle wird gezeigt, daß sie auch bei negativem Wassermann spezifisch positiv anzeigt, zugleich aber ganz unempfindlich gegen Nichtluesfälle ist. *Groß* (34) warnt vor Ersatz der Wa. R. durch Präzipitatsreaktionen. Für den Wert dieser Reaktionen sind auch praktische Gründe wichtig, vor allem ihr zeitliches Einfügen in die Wa. R. Kahn-R. und Bruck-R., deren Wirkung fast gleichgroß war, stimmten in 94,3% mit Wa. R. überein. Da aber beide nicht nur die gleichen, sondern oft ver-

schiedene positive Sera erfassen, ist es ratsam, beide Reaktionen nebeneinander zu verwenden. Die K. R. ist bei latenter und behandelter Lues empfindlicher als die Wa. R.

Kadisch (52), der als Nachteile der Aktivmethode Komplement- und Ambozeptormangel hervorhebt, rät, um eine möglichst große Reaktionsbreite zu erzielen, neben der Wa. R. eine Flockungsreaktion und eine aktivhaemolytische Methode anzuwenden. Der Vorteil der inaktiven Methode ist die größere Spezifität. Verfassers Methode erlaubt Ablesen nach 5 Minuten. Die Überempfindlichkeit wird durch Reduktion der Extraktbindungszeit fast auf Null herabgemindert, aber Unterempfindlichkeit durch optimale Extrakteinstellung und Temperatur verhütet. Eine aktive Schnellmethode ist nach *Kadisch* ihres speziellen Indikationsbereichs wegen als Ergänzung der Wa. R. notwendig. Es wird über die Erfahrungen anderer Autoren mit der S. R. berichtet. Heinemann fand unspezifische Ausschläge bei Malaria. *K.* benutzt jetzt Menschenherzextrakt. Bei 5027 Seren bestand in 73,7% absolute Übereinstimmung mit Wa. R., M. T. R. und Br. R. In der Zahl der unspezifischen Reaktionen S. R. ungefähr wie Wa. R. und M. T. R., während Bruck unspezifischer war. Trotz geringer Empfindlichkeit werden Luesseren erfaßt, die andere Reaktionen nicht erfassen. Die Reaktion ist nur als Ergänzung der Wa. R. verwertbar.

Um bei wenig Serum (Kleinkind, Fette) die Ausführung der Wa. R. zu erleichtern, benutzte *Luise Krottmayer-Antoni* (69) früher bei aktivem Serum eine Verdünnung aller Agentien 1 : 5. Die Ergebnisse waren nicht günstig, oft Eigenhemmung. Jetzt hat Verf. mit 1 : 2 verdünntem Serum und unverdünnten andern Agentien bei der Kaupschen Wa.-Methode und der M. T. R. gute Erfolge. *Mazgon* (80) empfiehlt die Kiß'sche Reaktion, die durch Äther-Alkoholextraktion aus Herzmuskel gewonnene Lezithinlösung verwendet. Bei inaktivem Serum ist Ablesen nach 10—15 Minuten (Schleudern!) möglich. Ablesen nach 24 Stunden unschärfer. Bei 3500 Seren hatte die Kiß-R. die meisten positiven Ergebnisse mit Wa. R. und D. M. D. M. war oft unspezifisch. Kiß-R. ist eine gute Ergänzung der Wa. R.

Nach *Skalweit* (137) beträgt das Stellungsmittel im qualitativen weißen Blutbild bei Paralytikern 19,5% Lymphozyten gegenüber 34% bei Lues cerebri. Intrakutane Luetininjektionen rufen bei gewöhnlicher Lues relative und absolute Neutrophilie und Absinken der Lymphozyten, geringe oder fehlende Beeinflussung beim nichtbehandelten Paralytiker hervor. Ähnlich reagieren Nichtluiker auf Luetin und Luiker auf unspezifische Novoproteininjektionen. Im lokalen Blutbild der Luetinpapel zeigen Luiker Lymphozytose, die beim Paralytiker fehlt. Verf. glaubt deshalb beim Luiker eine kräftige allergische Reaktion, beim Paralytiker eine anergische Reaktion annehmen zu dürfen.

Im Anschluß an Untersuchungen von *Landsteiner* und *Sachs, Steinfeld* und *Witebsky* kommt *Witebsky* (165) in schönen Untersuchungen zu folgenden Ergebnissen. Kaninchen bilden auf alkohlischen Spirochätenextrakt spezifische Spirochätenlipoidantikörper, dessen Wirkung als Antigen bei Zusatz von Schweineserum verstärkt wird und neben Spirochätenextrakt besonders mit alkoholischem Hirnextrakt reagiert, was durch eine gemeinsame Cholesterinquote zu erklären ist. Das Serum reagiert auch mit Hirnsuspensionen, nicht mit andern Organsuspensionen. Das Übergreifen von

Hirnantisera auf Spir.-Extr. scheint ihrem Gehalt an Cholesterinantikörpern parallel zu gehen. Weiter zeigte *Witebsky* in Verfolgung von Gedankengängen *Georgis* und *Fischers*, daß Wa-positive Liquoren auch auf Hirnlipoide wirkende Lipoidantikörper enthalten, deren Nachweis am besten bei Cholesterinzusatz und Kältebindung des Komplements gelingt, die nach vergleichenden Untersuchungen besonders gut die positive Wa. R. im Liquor hervortreten läßt. Auf die eventuelle Wichtigkeit dieser positiven Reaktion für die ursächliche Beeinflussung des Verlaufs der Metasyphilis wird hingewiesen. Retinalipoide erwiesen sich als nicht disponibel. Zahlreiche Versuche mit Tumormaterial scheinen zu zeigen, daß sich dessen alkohollösliche Zellelemente wesentlich in Disponibilität und Spezifität von denen normaler Organe unterscheiden. Oft ist der Zusammenhang zwischen Lipoiden und Eiweißkörpern gelockert. *Klingenstein* (64) wendet sich gegen die Ansicht von *Kroó, Schulze* und *Zander*, aus dem divergenden Verhalten durch mit Pallidaaufschwemmung gewonnener Kaninchenimmunsera gegen Wärme — sie verlieren bei Erhitzen auf 63⁰ die Wirksamkeit gegen cholesterinierten Rinderherzextract, während die gegen Pallidaextrakt erhalten bleibt — auf eine grundsätzliche Verschiedenheit dieser Vorgänge zu schließen. Durch Verwendung heterogenetischer Antisera im Sinne *Forßmanns* zeigt der Autor, daß immunisatorisch erzeugte Lipoidantikörper stärker thermolabil sein können als Eiweißantikörper. Da dies aber kein grundsätzlicher Unterschied ist, kann man aus der relativen Thermolabilität der Serumfunktionen im Luesblut keineswegs einen Beweis gegen ihre Lipoidantikörpernatur herleiten. *Kadisch* (53) gibt an, daß alle innerhalb einer hyperbolischen Kurve mit Temperatur als Abszisse und Zeit als Ordinate liegenden Kombinationen zur Inaktivierung des Menschenserums geeignet sind. Bei 60⁰ erreicht man in 5 Minuten das, was man bei der sonst üblichen Art erreichte. Vor Einführung in die Praxis ist eine umfangreiche Nachprüfung notwendig. *Hartmann* (40) prüfte die Verwendbarkeit eines der D. A. entsprechenden Perubalsams an Stelle des Tolubalsams der M. T. R. Als geeignete optische Dichte fand H. 0,8—1,0 ccm 10% Balsamlösung in 10 ccm 96% Alkohol. Nach Bestimmung der geeigneten Organextraktkonzentration wird gezeigt, daß man durch geeignete Änderung der Faktoren brauchbare Kombinationen für Trübungs-, Flockungs- und Klärungsreaktion bekommen kann. Serum- und Extraktschutzwirkung kann durch Staffelung des Organextraktzusatzes hervorgerufen werden. Wichtig ist eine möglichst niedrige Organextraktkonzentration.

Eine große Reihe Arbeiten beschäftigen sich mit dem Liquor. Zunächst geben *Emanuel* und *Rosenfeld* (21) ein Übersichtsreferat über die neuen Methoden und Ergebnisse der Liquoruntersuchung, das als Hauptgruppen Morphologie, physikalische und chemische Methoden, biologische Reaktionen, Kolloidreaktionen und die Prüfung der Permeabilität enthält, sich aber, da selbst ein Referat, zum Referieren nicht eignet.

Einstein (19) will Kollegen, die nur gelegentlich mit Liquorergebnissen zu tun haben, Anhaltspunkte für die Beurteilung der Langeschen Goldsolreaktion geben. Es werden verschiedene Kurventypen, dann die Solherstellung, endlich die klinisch wichtigen Ausfälle der Reaktion besprochen, und es wird betont, daß für den Kliniker das Maß der Ausflockung, nicht der Grad der Farbänderung wichtig ist. Leichenliquor eignet sich nicht. Die Goldsolreaktion ermöglicht bis zu einem gewissen Grade die Über-

wachung der Liquorassanierung. *Neel* und *Dickmeiß* (92) vergleichen Goldsolkurven und Globulin-Gesamteiweißbestimmungen nach *Brandberg—Stolnikow—Roß—Jones—Bisgaard.* Verf. konnten die frühere Feststellung *Neels* bestätigen, daß die Kurvenform von dem Verhalten der Globuline und des Gesamteiweißes abhängt, wenn es auch nicht gleichgültig ist, ob das Globulin von Entzündungen oder anderen Prozessen stammt. Goldsol stimmte mit Wa. R. nicht gut überein, so daß die Autoren der Eiweißbestimmung den Vorzug geben, namentlich wenn die Menge des Globulin im Verhältnis zum Gesamteiweiß gering ist und in der Goldsolreaktion leicht als normal erscheint. Das Goldsol ermöglicht nicht die Unterscheidung entzündlicher von anderen Prozessen, hat also keine wesentlichen Vorzüge. Quantitative Eiweißbestimmungen sind zum Verständnis des Krankheitsbildes nötig.

W. Schmitt (131) vergleicht an 126 Liquoren die Emanuel-Rosenfeldsche Lumbotestreaktion mit der Stantonschen, mit Voralkalisierung kombinierten Methode. Beide Reihen beginnen mit unverdünntem Liquor. Die Ablesung erfolgte nach *Kafka* in Graden I—XII. Zwanzigmal zeigte L.-T. stärker an, darunter ein Fall von Behandlung nach *Swift-Ellis* und ein intramedullärer Brustmarktumor, siebenzehnmal war *Stanton* stärker, darunter bei einer Tabes dorsalis. 8 pathologische Liquores (luisch) reagierten gleich. Besonders schwierig zu beurteilen ist die Gruppe 4, in der 13 Liquores in einer Reihe ganz negativ waren, in der andern in 1—2 Röhrchen flockten, wo die Klinik pathologische Befunde rechtfertigte. Dabei war einmal St., siebenmal L. T. stärker. In 5 Fällen ohne Anamnese flockte viermal Lumbotest stärker. Bei 68 negativen Liquores fielen 26mal beide Reaktionen gleich aus. In 30 Fällen fand sich bei St., in 12 bei L. T. eine nicht Grad V überschreitende Trübung der ersten Röhrchen. Wenn Gruppe 4 nicht wäre, könnte man von einer durchschnittlich nahezu gleichmäßigen Empfindlichkeit sprechen. Eine rechte Erklärung für die Gruppe 4 hat man nicht. Die Einengung der L. T.-Kurve kann ein Vorteil sein, kann aber auch die typische Paralysekurve verwischen. In 58 Fällen aller 4 Gruppen war L. T. nach rechts verlagert, in 2 Fällen war es umgekehrt. Die Ablesung ist auch bei nur 5 Graden, wie *Emanuel* will, erschwert. Die Bestimmung des Mastixgehalts ergab weder bei *Jacobstal-Kafka,* noch bei Lumbotest stets gleichen Wert. *Schmitt* fand ihn bei L. T. 0,5%, nicht 1%, wie ihn *Emanuel* angibt. *Schmitt* betont, daß es nicht nur auf die Gesamtkonzentration, sondern auch auf die Größe der Submikronen ankommt. *Schmitt* rät, den Mastixgehalt von L. T. auf den der andern Mastixreaktionen zu erhöhen, um einen Vergleich der Ergebnisse verschiedener Laboratorien zu ermöglichen. Bei Bestimmung des Kochsalzgehaltes des L. T. fand Verf. lange nicht so große Differenzen wie *Samson.* Die größtmögliche Konstanz aller anorganischen Elektrolyte, die erwünscht ist, findet sich bei L. T. nicht. Differenzen der H-Werte werden durch die Pufferung der Verdünnungen weit ausgeglichen, aber doch nicht aufgehoben. *Schmitt* schlägt vor, den Kochsalzgehalt des Puffergemisches dem des Liquor anzugleichen. *Schmitt* wünscht eine Vereinigung der Mastixmethoden.

Riebe (110) hat an 100 meist Luesfällen die L. T.-Methode, die er in halben Dosen ausführte und deren Methodik er beschreibt, mit der Normomastixreaktion verglichen. 63% der Fälle stimmten im Ergebnis überein, 37% wichen voneinander ab. In einem Fall Lues I, 3 Fällen

Lues II und bei einer Lues congenita mit völlig negativen Werten bei Eiweißbestimmung und Zellzählung zeigte L. T. stärker an, ebenso bei entzündlichen Prozessen, während L. T. bei Paralysen schwächer ausfiel (blutiger Liquor!). Die Schlüsse des Verf.s, der sowohl die Dämpfung der Kurven bei bluthaltigem Paralyseliquor, wie das starke Herauskommen der meningitischen Formen in diesem Maße für unerwünscht hält, das Fehlen der Verdünnung 1 : 1 als Nachteil ansieht und deshalb, wie auch wegen großer Labilität die Methode schroff ablehnt, können nicht nachgeprüft werden, da alle exakten quantitativen Angaben und klinischen Befunde fehlen. *Emanuel* und *Rosenfeld* (20) nehmen entschieden Stellung gegen diese Kritik durch *Riebe,* indem sie den Vergleich mit Normomastixreaktion tadeln, da sie doch stets die Ähnlichkeit mit der Goldsolreaktion betont haben. Die Zahl der Fälle ist zu gering. Das Arbeiten mit halben Dosen und die *Kafka*sche Art des Ablesens wird gerügt und *Riebe* vorgeworfen, daß er bei schlechter Literaturkenntnis, Nichtbeachten der Erfahrungen anerkannter Serologen die Vorteile der Methode (Unempfindlichkeit gegen Wasser, Glas) nicht beachtet habe und durch oberflächliche, ungenaue klinische und serologische Angaben eine Beurteilung unmöglich mache. In einer Nachprüfung der Melczer-Dahmenschen Schnellmikromastixreaktion an 100 Fällen findet *Riebe* (111) keine volle Übereinstimmung mit der Normomastixreaktion *Kafka*s. Er hält die Methode für unsicher und glaubt, daß die Notwendigkeit von Mikroreaktionen wegen Liquormangel überschätzt wird.

Benedek und *v. Thurzo* (3) betonen, daß bei den Kolloidreaktionen die quantitativen Verschiedenheiten der Eiweißfraktion die Hauptrolle spielen, während man das quantitative Bild nur in einer gewissen Längsdurchschnittsfläche erhalte. Für die Beurteilung qualitativer Verhältnisse ist Untersuchung mit verschiedenempfindlichen Kolloiden notwendig. Bei Kolloiden gröberer Dispersion sind gewisse elektrophysikalische Vorgänge leichter nachweisbar, die sonst vernachlässigt werden. Zweitens muß man die Kolloidlabilität einführen. Beide Bedingungen erfüllt die Tuschreaktion, zu der neben Günther Wagnerscher Pelikanperltusch 0,5% frische Oxalsäure, Eprouvetten von 1 ccm und Pipetten mit $^1/_{100}$ Einteilung gebraucht werden. In 3 Eprouvetten werden je 0,1 Liquor, dann in die 1. ein, die 2. zwei und in die 3. drei Tropfen 0,5% Oxalsäure gebracht und nach 5 Minuten je 1,0 ccm 1% Tuschelösung hinzugefügt. Ablesen nach mehreren Stunden oder nach Zentrifugieren sofort. Besondere Bezeichnung (Kolloidschutz ⌒, Ausfall ⌣, Übergang —). Die normale Liquorformal ist ⌣ ⌣ ⌒ (— 1 — 2 + 3 = 0). Die Summe der Ergebnisse in den 3 Röhrchen, wobei Ausfälle als negativ, Kolloidschutz als positiv gewertet werden, wird als »Kolloidschutzindex« bezeichnet. An 110 Fällen betrug dieser Index bei 20 Fällen von Paralyse und Tabesparalyse ⌣ ⌒ ⌒ — 1 + 2 + 3 = 4, in 5 Fällen 6 in 2 beginnenden Fällen 2. Tabes meist 4, Lues cerebri 2. In 4 Fällen von Epilepsie 2, bei 2 Tumoren und einer multiplen Sklerose 2, sonst bei andern Krankheiten 0. Bei Dem. praec. war der Index achtmal 2, fünfmal 4, elfmal 0. Verf. halten die T. R. bei Lues eventuell für differentialdiagnostisch wichtig. Die Empfindlichkeit bei Epilepsie beruht vielleicht auf Cholin- oder Harnsäurevermehrung. Dem. praec. kann aus den negativen anderen Reaktionen erkannt werden. Eine Reihe von Experimenten suchen die T. R. zu erklären. Die elektrophysikalischen und kolloidchemi-

schen Eigenschaften der Tuschstammlösung werden angegeben. Die Kolloidempfindlichkeit in reinem destilliertem Wasser ist sehr gering. Verf. glauben, mit der T. R. eine Differenzierung der verschiedenen Liquoreiweißfraktionen zu erreichen. Die Albumine haben adsorbierende Eigenschaften gegenüber Oxalsäure. Die positiven H-Jonen der Oxalsäure bringen die Tusche auf den isoelektrischen Punkt *Hardys,* dessen Verschiebung in einem Kolloidsystem Bedeutung hat. *Mosbacher* (87) empfiehlt die Schellackreaktion von *Marchionini* und *Thurzó* als Schnellreaktion für die Praxis. Da die Beurteilung der Farbwerte des Grün zu subjektiv ist, arbeitet Verf. zur Zeit mit dem *Bürker*schen Colorimeter. *Samson* (126) gibt an, daß Auszählen der roten Blutkörperchen eines bluthaltigen Liquors im Verein mit der Normomastixreaktion und der Eiweißreaktion gemeinsam eine diagnostische Verwertbarkeit dieses Liquors in weiten Grenzen erlaubt, wenn man über Kurven und Tabellen der Beziehung dieser 3 Daten untereinander beim normalen Liquor verfügt. Derartige Kurven werden gezeigt.

E. Hoffmann und *Memmesheimer* (44) schließen aus ihren Behandlungsergebnissen, daß durch die maximale kombinierte Frühbehandlung nicht nur die Ansteckungsgefahr erfolgreich bekämpft wird, sondern auch die Spätfolgen der Lues vermieden werden können. Während *Zurhelle* und Kreschel bei frischer nicht behandelter Lues 13%, bei älterer 47% mit Liquorveränderungen fanden, war der Liquor bei 2 Jahre alter Lues bei 3 starken Kuren keinmal, bei 2 Kuren in 6,4% und bei einer Kur in 28% verändert, bei unzureichenden 1—3 Kuren bei 50% Veränderungen. Alte Lues, die unbehandelt in 32% Veränderungen zeigte, bot bei 3 starken Kuren 0%, bei 2 Kuren 12% und bei 1 Kur 50% Liquorbefunde. Cisternenpunktion, die ambulant ausgeführt werden kann, erleichtert die Überwachung des Liquor. Für Cisternenpunktate sind $^{10}/_{3}$ Zellen normal. Bei positivem Liquor sieht man bei kombinierten Kuren öfter Versager. Hier sind Malaria-Salvarsan-Wismuth angebracht, besonders auch bei Akustikuserkrankungen. Verf. geben 2 Salv.-Wism.-Spritzen vor und 10—12 nach der Malaria, nach 6 Wochen 2. und eventuell 3. Kur. Abdrosselung der Malaria mit Solvochin. Wegen der Bedeutung der Haut (Esophylaxie) ist gute Hautpflege (Schwitzen, Bad, Massage) wichtig. 40% der Fälle zeigten Liquorsanierung, 40% Besserung. Die Lues ist heilbar. Tabes und Paralyse sind besonders in den Anfängen weitgehend vermeidbar.

E. von Thurzó (150) betont, da Dementia praecox und manisch-depressives Irresein klinisch und psychologisch nicht zu trennen sind, den Wert der organische Störungen nachweisenden Untersuchung, wie sie in der kapillären Erythrostase und der Blutsenkungsbeschleunigung vorliegen. Hierher gehört auch die Immunhaemolysinbildung bei Kaninchen, die mit Blut von 14 Schizophrenen, 10 Paralysen, 3 Epileptikern u. a. m. intraperitoneal oder intravenös geimpft wurden. Beschreibung der Technik. Protokolle der Impfungen. Serum wurde benutzt, da rote Blutkörperchen einen zu hohen Titer geben. Serum von Schizophrenen bewirkte Immunhaemolysinbildung höchsten Grades. Es besteht eine positive pleohaemolytische Reaktion. Der praktische Wert wird an einigen Beispielen gezeigt.

Neel, Tómasson u. *Jacobsen* (93) betonen die Brauchbarkeit der Eiweißbestimmung im Liquor nach *Brandberg-Stolnikow-Bisgaard,* vor allem auch wegen ihrer leichten und schnellen Ausführung. Bei Kompression der

Jugularvenen kommt es zu einer Liquorverdünnung, die wohl darauf beruht, daß der Venendruck den kolloidosmotischen Druck übersteigt. Eine derartige Wirkung trat nicht bei Erhöhung der Bauchdruckes auf. Möglicherweise kann man aus diesen Erfahrungen therapeutische Nutzanwendungen ziehen. Für die Praxis der Lumbalpunktion ergeben sich wertvolle Fingerzeige. Der eine der drei Autoren, *Axel W. Neel* (91) hebt die Wichtigkeit häufiger Punktionen hervor, besonders auch bei Dementia praecox, bei der der Liquor nach *Kafka* oft nicht normal ist. Als normale Liquorverhältnisse sind anzusehen $^0/_3$—$^1/_3$ Zellen, Globulin negativ, Ges.-Eiweiß nach *Brandberg-Stolnikow-Bisgaard* 3—6. Die von anderen Autoren für normal gehaltenen Zellzahlen werden angeführt. Beim Eiweißgehalt warnt Verf. vor der Gefahr, die durch Vervielfältigung des Fehlers bei Berechnung auf 100 ccm droht. In einer Liste führt Verf. dann die Psychosen und seelischen Störungen vermutlich enzephalitischer Natur auf und zwar mit den Unterformen Neurasthenie, Depressio mentis, akute, chronische Psychose, Charakterveränderungen, bei denen er wieder nach dem Tot.-Eiweißgehalt je 3 Gruppen unterscheidet. Auf die Möglichkeiten von Fehldiagnosen wird hingewiesen. Wegen der klinischen Diagnose bezieht sich Verf. auf eine Arbeit *Wimmers,* zählt die, oft unsicheren organischen Symptome auf und stützt die Annahme einer Enzephalitis unter dem Hinweis, daß man nur einen Teil »neurologisch« belegen könne mit dem veränderten Liquorbefund, auf dessen Abgrenzung von Lues und multipler Sklerose hingewiesen wird. Die Bedeutung psychischer Traumen als Nebenursachen wird betont. *Klemperer* und *Weißmann* (62) beschäftigen sich mit dem Kohlensäuregehalt des Liquor, der bei 50 Paralytikern erhöht, im Malariaanfall aber erniedrigt war. Die Technik wird beschrieben, soweit sie sich von der früheren unterscheidet. Die Untersuchungen wurden im manometrischen van Slyke-Apparat innerhalb der ersten 10 Stunden nach der Punktion durchgeführt, in der sich der Gasgehalt nach Kontrolluntersuchungen nicht ändert. Fehlergrenze bis zu $^1/_2$ Vol.%. Säure-Basenverhältnis in Blut-Liquor unterliegt nicht den einfachen Permeabilitätsgesetzen. Die Abhängigkeit von örtlichen und Kreislaufstörungen wird betont. Azidose bei langer Arbeit erstreckt sich auch auf den Liquor. Einzelne nicht luetische Fälle, eine stark motorische periodische Halluzinose mit Gewebshyperacidität wurde durch Insulin mit Traubenzucker nicht beeinflußt, ein zweiter Fall mit eigenartigen Anfällen ohne Krämpfe hatte eine Alkalose des Liquor im Anfall. Die anderen nicht luetischen Fälle lagen in der Norm. Bei 54 Luesfällen, die vor, im an- und absteigenden Fieber, im Intervall und nach dem Anfall, oft freilich nur zweimal punktiert wurden, war CO_2-gehalt erhöht, im Malariaanfall trat Senkung ein. Für die Erhöhung kommen in Frage 1. Eiweiß-, bes. Zell- und Globulinvermehrung, 2. Zerfall von Hirnsubstanz, 3. Abbau- bzw. Stoffwechselprodukte der Spirochäten. Die Acidose im Anfall ist wohl für Malaria spezifisch durch die Länge der Dauer. Nach der Kur nimmt die Alkalose weiter zu, mit klinischer und serologischer Besserung wird der CO_2-gehalt normal. *Fanny Halpern* (39) untersuchte N- und Eiweißverhältnisse im Liquor. Nach Angabe der Methodik (Mikrokjeldahl mit jodometr. Titrieren zur Stickstoff-, Methode Folin-Wu zur Aminosäurebestimmung) mit kurzen Literaturangaben werden die Ergebnisse in Tabellenform gebracht. Die Gesamtstickstoffvermehrung ist von der Wa. R. unabhängig. Da der Reststickstoff (R. N.) einen grö-

ßeren Teil des G. N. in der Norm bildet, ist der Quotient R. N. : E. N. (Eiweißstickstoff = G. N. — R. N.) größer als 1., ändert sich bei Erkrankungen. Aminosäuregehalt des Liquors geht nicht mit den R. N.-Werten parallel und ist bei Meningitis, Lues cerebri, Metalues, Arteriosklerose und im Status epilepticus erhöht. Die chemische Bestimmung der Eiweißkörper im Liquor ist praktisch wichtig, da die Zentrifugiermethoden weniger scharf sind. Die Veränderungen des Eiweißquotienten werden besprochen. Weiter fand *Fanny Halpern* (38) bei 9 Paralysen und 1 Tabes mit Hilfe des Mikrokjeldahl nach Malariatherapie anfangs eine Steigerung des Rest-N., später ein Fallen, auch anderer Eiweißzahlen. Der Eiweißstickstoff, ausgedrückt in Prozenten des Ges.-N. schwankt bei Paralyse zwischen 18—39%. Die Albumine nehmen als Zeichen der Entzündung zeitiger ab als Globuline. *Trendtel* (154) bestätigt durch Untersuchung von 195 Kinderliquoren früherer Autoren Angaben über die Höhe des Liquorzuckers, der bei Encephalitis acuta und Krämpfen erhöht, bei eitriger und Tbc. Meningitis herabgesetzt ist. Nach den nach *Hagedorn-Jensen* ausgeführten Untersuchungen liegt der Zuckergehalt bei Kindern zwischen 50—80 mg %. Temperatur setzt ihn nicht herab. Stärkere Herabsetzung tritt erst nach 24 Stunden ein. Ein an die Liquorzellen gebundenes glykolytisches Ferment ist nicht wahrscheinlich. Bei Säuglingen wird der Liquorzucker durch Adrenalin erhöht, was sich bei älteren Kindern für kürzere Dauer nur bei pathologischem Liquor erreichen läßt.

Mit der Störung der Liquorresorption bei Psychosen beschäftigt sich *Guttmann* (37). Nach kurzen Bemerkungen über die Physiologie der Liquorresorption, über die Zeit seiner Erneuerung, über die Tatsache der schnellen Resorption körperfremder Substanzen geht *G.* zu seinen eigenen Prüfungen über. Bei 50 Schizophrenen und 40 Paralytikern bzw. Lues-cerebri-Fällen, bei denen Nierenschädigungen durch Wasser- und Konzentrationsversuch ausgeschlossen wurden, zeigten 36 Schizophrene und 18 Paral. verzögerte Ausscheidung. Bei 23 Schizophrenen fand sich eine pathologische Eiweißrelation nach *Kafka,* aber kein Parallelismus, bei 13 Fällen mit verzögertem Ausscheidungsbeginn normale Eiweißrelation, 2 Fälle von 50 ganz normal. Kurven und Tabellen geben nähere Einzelheiten. *G.* betont, daß man bei Paralyse die Jodausscheidung nicht differentialdignostisch verwenden kann, ebensowenig wie zur Trennung von genuiner und symptomatischer Epilepsie, oder Tumor und Lues cerebri mit Stauungspapille. Auf den Wert des Vergleichs der angewandten *Förster*schen Jod- mit der *Walter*schen Brommethode wird hingewiesen. In einer 2. Arbeit (36) berichtet *Guttmann* über 90 Schizophrene, von denen 40 enzephalographiert wurden, und vergleicht die Liquorresorptionsprüfung nach *O. Förster* mit *Kafka*s Eiweißrelation. Er prüft die Frage, ob die Enzephalographie den organischen Prozeß nach Art und Ausdehnung bei atypischen, »organischen« Schizophrenien klarlegt, und bejaht sie. Auch für die Störung des Liquorsystems bei echten Schizophrenien gibt das Röntgenbild Anhaltspunkte.

Winkler (164) beschreibt zunächst die von ihm verwandte Methode der spektrophotographischen Liquoruntersuchung. Enteiweißung mit Trichloressigsäure. Durch Einbauen einer Blende wurde es möglich, genau über dem Eisen — das linienarme Quecksilberspektrum auf die Platte zu bekommen und durch Einzeichnen in ein Koordinatensystem die Wellen-

länge der Linien festzustellen. Der Liquor wurde frisch untersucht. Bei 32 von 40 schizophrenen Liquores fand sich eine deutliche Verschiebung der letzten Spektrallinien ins Gebiet der langen Wellen, bei 2 Fällen, einem unklaren, vielleicht paranoiden und einem katatonen Stupor Verschiebung in die kurzen Wellen. Lange Krankheitsdauer erhöht anscheinend die Absorptionskraft. Fast stets lagen die Ergebnisse bei Wiederholung der Untersuchung in der gleichen Richtung. Schwachsinnige mit Ausnahme von 6 Fällen, Paralysen, Epilepsien, zeigten Abnahme der Absorption nach Enteiweißung. Zuletzt ersetzte Verf. die Eisenbogenlampe durch die Wolframfunkenstrecke. 6 Bilder erläutern die Befunde.

Nach *Pires* und *Póvoa* (99b) wird die subokzipitale Punktion von den Patienten besser vertragen als die lumbale. Lymphozytose und Eiweißgehalt sind bei ersterer geringer, dagegen zeigen *Wassermann, Pandy, Nonne, Weichbrodt, Goldsol* usw. dieselben Resultate. *Jolly.*

Unter eingehender Berücksichtigung der einschlägigen Literatur berichten *Pacheco e Silva* und *Chipakoff* (97) über die Ergebnisse ihrer Liquor-Untersuchungen bei den seit 1923 in die Brasilianische Anstalt Juquery aufgenommenen Kranken, die sämtlich lumbalpunktiert wurden. Es wird der große Wert dieser Untersuchungen für die Differentialdiagnose betont; auf Einzelheiten kann hier nicht eingegangen werden. *Jolly.*

Nach *Sáinz de Aja* und *Calvin* (122) kann die *Kahn*sche Reaktion, wie die von *Meinicke* angegebene, sowohl als Trübungs- wie als Klärungsreaktion abgelesen werden. Am einfachsten und sichersten ist jedoch Zentrifugieren, Abgießen, Suspension des Niederschlags in physiologischer Kochsalzlösung, Färbung mit Amidoazotulen Naphthol beta. *Jolly.*

In seinem Buch »Die Cerebrospinalflüssigkeit in der Syphilis« (60) hat *Kirchberg* den heutigen Stand der Liquordiagnostik in klarer und übersichtlicher Form zur Darstellung gebracht.

Die Frage der Entstehung und Bedeutung des Liquors, die Technik der Lumbalpunktion, die Physik der Zerebrospinalflüssigkeit (Bestimmung des Druckes, des Gefrierpunktes, Blutnachweises), die Chemie des Liquors (Nachweis von Eiweiß, Zucker, Azeton, Harnstoff, Quecksilber, Jod, Wismut, Salvarsan u. a.), die bakteriologische Untersuchung der Lumbalflüssigkeit, die Zytologie, die Serologie (Wassermannreaktion, Flockungsreaktionen, Permeabilitätsnachweis der Meningen [durch die Hämolysin- und Nachtblaureaktion, Methode von *Dujardin*], des weiteren die sogenannten Kolloidreaktionen) werden sehr eingehend, unter Berücksichtigung der neuesten Untersuchungsergebnisse auf diesen Gebieten, besprochen.

Diesen Kapiteln folgt eine anschauliche Schilderung des Befundes der Lumbalflüssigkeit in allen Stadien der syphilitischen und metasyphilitischen Erkrankungen, sowie der Veränderungen des Liquorbefundes unter dem Einfluß der verschiedenartigen Behandlungsmethoden (Salvarsan, Malaria, Rekurrens usf.).

Eine umfassende Angabe der einschlägigen Literatur beschließt das Buch, das einen zuverlässigen Leitfaden der Liquoruntersuchung und Diagnostik bildet. Eigenbericht.

---

3. Psychologie.

Ref.: H. Müller, Leipzig-Dösen.

1. *Achelis, J. D.*, Geruchsstudien. Arch. f. Psychol. **71**, 273.
2. *Ackermann, A.*, Geschichtliches und Grundsätzliches zur Graphologie. — Vom Gesamteindruck der Handschrift. Psychol. Rdsch. Jg. **1**, 15, 48.
3. *Agerberg, J.*, Consciousness as a physiological function. Acta psychiatr. (København.) **4**, 103.
4. *Allers, R.*, Das Werden der sittlichen Person. Freiburg i. Br., Herder u. Comp., 316 S., 6,20 M.
5. *Ders.*, Über die psychische Wirkung von Arzneimitteln. Z. Neur. **122**, 204.
6. *Anschütz, G.*, Das Farbe-Ton-Problem im psychischen Gesamtbereich. (Dtsch. Psychol., her. v. Giese, Bd. 5, H. 5.) Halle a. d. S., C. Marhold. 104 S., 18 farb. Taf., 7,80 M. (S. 93*).
7. *Baege, M. H.*, Künstlich erzeugte Träume. Landarzt 537.
8. *Baron, J.*, Begabung, Erziehung und Auslese. »Die Biologie der Person« v. Brugsch u. Lewy. (Berlin, Urban u. Schwarzenberg) Bd. 4.
9. *Baumgarten, F.*, Die Charakterfeststellung bei den Eignungsprüfungen. Psychotechn. Z. 113.
10. *Bayer, E.*, Beiträge zur Zweikomponententheorie des Hungers. Z. Psychol. **112**, 1 (S. 100*).
11. *Bayer, G.*, Assoziation und Perseveration und ihre typologische Bedeutung. Z. Psychol. Erg.Bd. **14**, 86 (S. 88*).

11a. *Beau, I.*, Die Bedeutung der Kindheitseindrücke über das Werden des Charakters und der Gesamtpersönlichkeit. Diss. München.

12. *Beck, W.*, Grundprobleme der Psychologie. (Krit. Bem. zu gleichnam. Buch v. *H. Driesch).* Z. Neur. **122**, 606.
13. *Behrendt, R.*, Das Problem Führer u. Masse und die Psychoanalyse. Psychoanal. Bewegg. Jg. **1**, 134.
14. Beiträge zur Problemgeschichte der Psychologie. Festschrift für K. Bühler von seinen Mitarbeitern. Jena, G. Fischer. 258 S., 12,— M.
15. *Bensheim, H.*, Typenunterschiede bei Meskalinversuchen. Z. Neur. **121**, 531.
16. *Berger, F.*, Beiträge zum Problem der kategorialen Wahrnehmung. (Vergl. Unters. Psychol. opt. Wahrn., her. v. O. Kroh VI, VII.) Z. Psychol. **110**, 135; **111**, 146 (S. 95*).
17. *Berger, Th.*, Der Einfluß der Krankheit auf das Verhalten des Kleinkindes. Z. angew. Psychol. **32**, 343.

18. *Bernfeld, S.*, u. *S. Feitelberg*, Das Prinzip von Le Chatelier u. der Selbsterhaltungstrieb. Imago **15**, 289.
19. *Berze, J.*, u. *H. W. Gruhle*, Psychologie der Schizophrenie. (Monogr. Neur. H. 55.) Berlin, J. Springer, 168 S., 16,— M.
20. *Betke, H.*, Ermüdung und Erholung. Arch. soz. Hyg. **4**, 59.
21. *Biäsch, H.*, Zum Problem der Menschenkenntnis. Psychol. Rdsch. Jg. **1**, 86, 127.
22. *Ders.*, Zur Graphologie. Psychol. Rdsch. Jg. **1**, 201, 230, 293.
23. Bibliographie der deutschen u. ausländischen Literatur des Jahres 1928 über Psychologie usw., m. Unterst. v. *W. S. Hunter* u. a. zus.gest. v. *O. Klemm*. Dtsch. Tl., bearb. v. *I. Benscher*. Z. Psychol. **110**, 292.
24. Bibliographie der Philosophie und Psychologie. Jg. **9** (1928). Leipzig, W. Heims, 32 S., 0,80 M.
25. *Birnbaum, K.*, Charakterologie. Fortschr. Neur. 185 (s. Allg. Z. Psychiatr. **90**, 242).
26. *Bleuler, E.*, Ein Stück Biopsychologie. Z. Neur. **121**, 476 (S. 86*).
27. *Bleuler, M.*, Der Rorschachsche Formdeutversuch bei Geschwistern. Z. Neur. **118**, 366.
28. *Blondsky, P.*, Das Problem der 1. Kindheitserinnerung. Arch. f. Psychol. **71**, 369.
29. *Ders.*, Die Alkaleszenz des Speichels als Indikator für Intelligenz u. psychische Spannung. Psychol. u. Med. Jg. **4**, 22.
30. *Bobertag, O.*, Ist die Graphologie zulässig? Heidelberg, N. Kampmann, 86 S., 3,50 M.
31. *Böge, K.*, Nachtrag zu meinem Lagertest. Z. angew. Psychol. **33**, 439.
32. *Böhle, W.*, Die Körperform als Spiegel der Seele. Berlin, B. G. Teubner, 229 S., 12,40 M.
33. *Böschenstein*, Die Psychologie in Amerika. Psychol. Rdsch. Jg. **1**, 189, 260.
34. *Bos, M.*, Über echte und unechte audition colorée. Z. Psychol. **111**, 321 (S. 93*).
35. *Bösch, B.*, Massenführer und Gruppenführer. Z. pädag. Psychol. 257.
36. *Boven, W.*, Rapport sur la caractérologie (Du point de vue biologique). Schweiz. Arch. Neur. **24**, 25.
37. *Bräutigam, H.*, Wesen und Entstehungsort des Gefühls. Z. Neur. **123**, 56.
38. *Breu, W.*, Beschreibung eines in der geistigen Entwicklung zurückgebliebenen Kindes. Arch. f. Psychol. **70**, 13 (S. 97*).

39. *v. Briessen, M.*, Die Entwicklung der Musikalität in den Reifejahren. (Päd. Mag. 1243.) Langensalza, H. Beyer u. Söhne. 127 S., 3,70 M. (S. 103*).
40. *Broer †, F.*, 1. Über das Purkinjesche Phänomen im Nachbild, — 2. Die Helligkeitsverschiebung beim Purkinjeschen Phänomen im Nachbild. (*E. Jaensch*, Über Schichtenstruktur usw. II, III.) Z. Psychol. **113**, 9, 71 (S. 92*).
41. *Brunswik, E.*, u. *L. Kardos*, Das Duplizitätsprinzip in der Theorie der Farbenwahrnehmung. Z. Psychol. **111**, 307 (S. 92*).
42. *Ders.*, u. *H. Kindermann*, Eidetik bei taubstummen Jugendlichen. Z. angew. Psychol. **34**, 244.
43. *Bühler, Ch.*, Das Seelenleben der Jugendlichen. 5. verb. Aufl. Jena, G. Fischer, 240 S., 8,— M.
44. *Bühler, K.*, Abriß der geistigen Entwicklung des Kindes. (Wissenschaft u. Bildung 156.) 4. u. 5. erw. Aufl. Leipzig, Quelle u. Meyer, 158 S., 1,80 M.
45. *Ders.*, Die geistige Entwicklung des Kindes. 5. Aufl. Jena, G. Fischer, 484 S., 15,— M.
46. *Ders.*, Die Krise der Psychologie. 2. unv. Aufl. Jena, G. Fischer, 223 S., 10,— M.
47. *Bürger, H.*, Rechts und links. Nervenarzt 464 (S. 95*).
48. *Burgard, J.*, Testreihe zur Untersuchung der Allgemeinintelligenz Erwachsener. Arch. f. Psychol. **68**, 325 (S. 97*).
49. *Burkamp, W.*, Die Struktur der Ganzheiten. Berlin, Junker u. Dünnhaupt, 378 S. 18,— M.
50. *Busemann, A.*, Bruder u. Schwester. Aus der Psychologie des Familienlebens. Z. Sex.wiss. **16**, 392.
51. *Ders.*, Über die Ursachen des »ersten Trotzalters« und der Erregungsphasen überhaupt. Z. pädag. Psychol. 276.
52. *Caldas, M.*, Medizinisch-psychologische Untersuchung der zum Selbstmord Entschlossenen (portug.). Verh. d. 1. lat. amerikan. Kongr. f. Neur., Psychiatr. u. ger. Med. **2**, 34.
53. *Clauß, L. F.*, Von Seele und Antlitz der Rassen u. Völker. (Ausdrucksforschung). München, Lehmann. 99 S. 231 Abb. 10.— M.
54. *Cohn, J.*, Die Stellung der Gefühle im Seelenleben. Arch. f. Psychol. **72**, 303.
55. *Dambach, K.*, Die Mehrfacharbeit und ihre typologische Bedeutung. Z. Psychol. Erg. Bd. **14**, 159 (S. 88*).
56. *Driesch, H.*, Grundprobleme der Psychologie. Ihre Krisis in der Gegenwart. Leipzig, S. Hirzel. 270 S. 9,50 M.
57. *Eckhardt* u. *Schüßler*, Psychologischer Beobachtungsbogen. Anleitungsheft. 10. Aufl. Langensalza, J. Beltz. 22 S. 0,40 M.

58. *Ehrlich, W.*, Stufen der Personalität. (Metaphysik des Menschen.) Halle a. d. S., M. Niemeyer. 165 S. 8,— M.
59. *Eidens, H.*, Experimentelle Untersuchungen über den Denkverlauf bei unmittelbaren Folgerungen. Arch. f. Psychol. **71**, 1 (S. 95*).
60. *Engelhardt, V.*, u. *E. Gehrcke*, Über die kombinierte Tätigkeit beim Hören von Silben und Texten. Z. Psychol. **111**, 257 (S. 94*).
61. *Enke, W.*, Experimentalpsychologische Studien zur Konstitutionsforschung. Z. Neur. **118**, 798 (S. 90*).
62. *Ders.*, u. *L. Heising*, Experimenteller Beitrag zur Psychologie der Aufmerksamkeitsspaltung bei den Konstitutionstypen. Z. Neur. **118**, 634 (S. 90*).
63. *Ewald, F.*, Untersuchungen über die Komplexweite des Gedächtnisses. Arch. f. Psychol. **67**, 161.
64. *Fischer, A.*, Das Unbewußte in der Erziehung. Z. pädag. Psychol. 17.
65. *Fischer, E.*, Untersuchungen der Kritikfähigkeit des Kindes. Z. pädag. Psychol. 120.
66. *Flower, J. C.*, Psychology simplified. London, Lutterworth.
67. *Förster, N.*, Die Wechselbeziehung zwischen Gesichts- u. Tastsinn bei der Raumwahrnehmung. Psychol. Forschg. **13**, 64 (S. 93*).
68. *Friedemann, A.*, Handbau und Charakterkunde. Jb. d. Charakt. **6**, 122 (S. 90*).
69. *Friedmann, B. D.*, Zur Lehre vom Wesen des Temperaments. Z. Neur. **122**, 158 (S. 87*).
70. *Fröbes, J.*, Lehrbuch der experimentellen Psychologie. Bd. 2. 3. stark umg. Aufl. Freiburg i. B., Herder u. Co. 647 S. 20,— M. (S. 84*).
71. *Fuchs, P.*, Experimentelle Untersuchungen zum Problem der Auffassung. Arch. f. Psychol. **73**, 257.
72. *Galant, J. S.*, Zur Psychologie des versimpelnden Kindes. Arch. Kinderheilk. **87**, 37.
73. *Galley, L.*, Tachistoskopische Versuche über Residuen. Z. Psychol. **110**, 1, 194 (S. 96*).
74. *Giese, F.*, Die kosmischen Einflüsse auf die Person. »Die Biologie der Person« v. Brugsch u. Lewy. (Berlin, Urban u. Schwarzenberg.) Bd. 4.
75. *Gingold, B.*, Graphologie der Kinderschrift im Spielalter. Z. Menschenkde. Jg. **5**, 245.
76. *Glaeser, F.*, Sinn und sozialer Denkzusammenhang. Arch. f. Psychol. **70**, 57.
77. *v. Goetzen, C.*, Die psychologischen Grundlagen der Perkussion. Z. Psychol. **112**, 55 (S. 94*).

78. *Goldstein, K.*, Zum Problem der Angst. Allg. ärztl. Z. Psychother. **2**, 409 (S. 97*).
79. *Gottschaldt, K.*, Über den Einfluß der Erfahrung auf die Wahrnehmung von Figuren. II. Psychol. Forschg. **12**, 1 (S. 96*).
80. *Graef, W.*, Über Intuition, ihre Berechtigung und ihre Gefahren. Hippokrates 169.
81. *Graf, O.*, Experimentelle Psychologie und Psychotechnik. Fortschr. Neur. 197 (s. Allg. Z. Psychiatr. **90**, 243).
82. *Graucob, K.*, Über formale Eigenschaften des Denkens und der Sprache in der Reifezeit. Z. pädag. Psychol. **9**, 394.
83. *Del Greco, F.*, Sulla anormalità di carattere di alcuni grandi intellettuali. Arch. gen. di Neur. **10**, 182.
84. *Groos, K.*, Die Verwertung der Eidetik als Kunstmittel in J. Londons Roman Martin Eden. Z. angew. Psychol. **33**, 417.
85. *Groß, J.*, Experimentelle Untersuchungen über den Integrationsgrad bei Kindern. (Eidetische Untersuchung.) Z. angew. Psychol. **33**, 185 u. 358.
86. *Grotzinger, E.*, Hat die Ernährung eine Einwirkung auf den Charakter? Z. Geistes- u. Wissensch.reform. Jg. **4**, 151.
87. *Grüb, A.*, Zur Psychologie der Eisenbahnunglücke und -unfälle. Arch. f. Psychol. **69**, 207 (S. 101*).
88. *Gruhle, H.*, *Kraepelin*s Bedeutung für die Psychologie. Arch. f. Psychiatr. **87**, 43.
89. *Guratzsch, W.*, Das Klarheitsrelief der Gesichtsempfindungen unter dem Einfluß der willkürlichen Aufmerksamkeit. Arch. f. Psychol. **70**, 257.
90. *Gurwitsch, A.*, Phänomenologie der Thematik und des reinen Ich. (Z. Gestalttheorie u. Phänomenol.) Psychol. Forschg. **12**, 279.
91. *Haack, Th.*, Kontrast und Transformation. Z. Psychol. **112**, 93 (S. 92*).
92. *Hahn, H.*, Ein neues sinnesphysiologisches Gesetz. Klin. Wschr. 1016.
93. *Hanselmann, H.*, Arzt und Erzieher. Ärztl. Rdsch. 344.
94. *Harrower, M. R.*, Some experiments on the nature of γ-movement. (K. Koffka, Beitr. Psychol. d. Gestalt XVIII.) Psychol. Forschg. **13**, 55.
95. *Heider, H.*, Die Struktur der menschlichen Seele. (Begründung d. psychol. Typenlehre). Arch. f. Psychol. **71**, 409.
96. *Heine, S.*, Ein Fall mit paranoischen Vorstellungen bei manisch-depressivem Irresein. Allg. Z. Psychiatr. **92**, 52 (S. 134*).
97. *Helfenberger, A.*, Zur Psychologie der Handschrift. Schweiz. Z. angew. Psychol. 332, 366.

98. *Hengstenberg, H.-E.*, Erwägungen über den Denkvorgang. Arch. f. Psychol. **67**, 131.
99. *Herbertz, R.*, Kollektive Straf- u. Rachemaßnahmen unter Kameraden. Ihre psychosexuellen Untergründe. Z. Sex.wiss. **16**, 7.
100. *Herrmann, C.*, Lebensgestaltung nach Veranlagung, Charakter und Schicksal. Freiburg i. B., Speyer u. Kaerner. 119 S., 2,— M.
101. *Herrmann, F.*, Charakter und Symptom. Psychol. u. Med., Jg. **4**, 14.
102. *Hetzer, H.*, mit *H. Beaumont* u. *E. Wiehemeyer*, Das Schauen u. Greifen des Kindes. (Spontaner Funktionswandel u. Reizauslese in der Entwicklung.) Z. Psychol. **113**, 239 u. 268 (S. 99*).
103. *Hlučka, F.*, Das Problem der Persönlichkeit. Grundr. einer ganzheitl. Weltanschauungslehre. Berlin, C. Heymann 120 S., 7,— M.
104. *Hocquart, E.*, Die Kunst den Geist und Charakter aus der Handschrift zu beurteilen. (übers. v. Ninck). Z. Menschenkunde Jg. **4**, 351.
105. *Hoenig, Ch.*, Die Stiefelternfamilie. Z. Kinderforschg. **35**, 187.
106. *Hönigswald, R.*, Philosophie u. Psychiatrie. Arch. f. Psychiatr. **87**, 715.
107. *Höring, H. P.*, Das kindlich-jugendliche Gefühlsleben u. d. sexuelle Problemkreis. Berlin, Waisenfürsorge, 151 S., 2,— M.
108. *Hoffmann, H.*, Charakter und Umwelt. D. m. W. 383 (S. 87*).
109. *Ichheiser, G.*, Die Überschätzung der Einheit der Persönlichkeit als Täuschungsquelle bei der psychologischen Beurteilung der Menschen. Z. angew. Psychol. **33**, 273.
110. *Issberner—Haldane, E.*, Charakterologische Tatsachen u. deren Merkmale. Lorch, Renatus-Verl. 105 S. 3,— M.
111. *Jaensch, E.*, Über Schichtenstruktur und Entwicklungsgeschichte der psychophysischen Organisation. (Purkinje-Phän., Tag- u. Dämmerungssehen.) I. Purkinjesches Phänomen und Anschauungsbild. Z. Psychol. **113**, 1 (S. 92*).
112. *Ders.*, u. *L. Grünhut*, Über Gestaltpsychologie u. Gestalttheorie. (Pädag. Mag. 1262.) Langensalza, H. Beyer u. Söhne. 167 S., 5,40 M. (S. 85*).
113. *Jaensch, W.*, Persönlichkeitsstruktur und anthropologische Medizin. Med. Welt 1177.
114. Jahrbuch der Charakterologie. Her. v. E. Utitz. Bd. 6, Berlin, Pan-Vg. 419 S., 23,— M.

115. *Joesten, E.*, Eidetische Anlage u. bildnerisches Schaffen. Arch. f. Psychol. **71**, 493.
116. *Jung, C. G.*, Die Bedeutung von Konstitution u. Vererbung für die Psychologie. Med. Welt 1677.
117. *Kafka, G.*, Zur Psychologie des Ekels. Z. angew. Psychol. **34**, 1.
118. *Kahn, E.*, Charakter in Anlage, Vererbung und Entwicklung. D. m. W. 469 (S. 87*).
119. *Karpinska-Woyczynska, L.*, Ein Beitrag zur Frage der Konstanz des Intelligenzquotienten. Z. angew. Psychol. **33**, 405.
120. *Katona, G.*, Zur Analyse der Helligkeitskonstanz. Psychol. Forschg. **12**, 94.
121. *Katz, D.*, Psychologische Probleme des Hungers und des Appetits. W. m. W. 929.
122. *Katz, F. G.*, Über Sprachgehör und Sprachverständnis. Z. Hals- usw.heilk. **25**, 193.
123. *Kelcher, M.*, Der statische, dynamische und phantastische Typus des Menschen. Z. Menschenkde. Jg. **5**, 37.
124. *Kern, A.*, Vom inneren Sprechen. Z. Kinderforschg. **35**, 420.
125. *Kindler, H.*, Über die bedingenden Faktoren und die Erziehbarkeit von Aufmerksamkeitsleistungen. Arch. f. Psychol. **72**, 179.
126. *Klages, L.*, Der Geist als Widersacher der Seele. Leipzig, J. A. Barth. 800 S., Bd. 1, 21,60 M.; Bd. 2, 12,60 M.
127. *Ders.*, Die Triebe und der Wille. Z. Menschenkde. Jg. **4**, 266.
128. *Ders.*, Über den Begriff der Persönlichkeit. Mensch u. Erde 63.
129. *Klemm* u. *Hunter*, Bibliographie d. dtsch. u. ausl. Lit. d. J. 1927 über Psychologie usw. Arch. f. Psychol. **68**, 395; **69**, 427.
130. *Kluge*, »Heiliger Geist«. Eine naturwissenschaftliche Betrachtung. Psychiatr.-neur. Wschr. 241.
131. *Kochmann, R.*, Die Psychologie des Kindes. Übersichts-Ref. 1924—1928. Arch. Kinderheilk. **88**, 54.
132. *Krasuskaja, F. I.*, Die Spiele geistig weit zurückgebliebener Kinder. Z. Kinderforschg. **35**, 553.
133. *Kraus, Fr.*, Theorienbildung in der klinischen Medizin. D. m. W. 943.
134. *Krauß, St.*, Die Psychologie der kindlichen Haltung und die Schule. Z. pädag. Psychol. **6**, 281.
135. *Kravkov* u. *Paulsen-Baschmakowa*, Über die kontrasterregende Wirkung der transformierten Farben. Psychol. Forschg. **12**, 88.

136. *Kretschmer, E.*, Geniale Menschen. (M. Porträtsammlung.) Berlin, J. Springer. 253 S., 12,— M., geb. 15,— M.
137. *Kroh, O.*, Methode und Ziel typenkundlicher Arbeit. Z. Psychol., Erg.-bd. **14**, 1 (S. 88*).
138. *Kronfeld, A.*, Charakterausdruck und Ausdruckskunde. D. m. W. 471 (S. 87*).
139. *Ders.*, Das psychologische Experiment in der ärztlichen Praxis. Ranschburg-Festschr., Budapest, Univ.-Druckerei (S. 101*).
140. *Kurth, B.*, Charakterstatistik. Dtsch. statist. Zbl. Jg. **21**, 164.
141. *Landauer, K.*, Zur psychosexuellen Genese der Dummheit. Z. Sex.wiss. **16**, 12.
142. *Lasareff, P.*, Das psychologische Fundamentalgesetz. Berlin, Ost-Europa-Vg. 9 S., 1,50 M.
143. *Lau, E.*, Über den Zusammenhang von optischer und akustischer Wahrnehmung. Psychotechn. Z. 15.
144. *Lauer, L.*, Untersuchungen über die scheinbare Größe von Körpern. Arch. f. Psychol. **68**, 295.
145. *Ledig, G.*, Der Beschluß. Arch. f. Psychol. **70**, 235.
146. *Lersch, Ph.*, Über das Ichd[illegible]nis. Arch. f. Psychol. **71**, 67 (S. 86*).
147. *Leven*, Genealogische Untersuchungen über die Vererbung der geistigen Begabung mit besonderer Berücksichtigung der verschiedenen Rolle des Geschlechts. Volksaufartg. 75.
148. *Lewin, K.*, »Zwei Grundtypen von Lebensprozessen«. Z. Psychol. **113**, 209 (S. 98*).
149. *Liefmann, E.*, Die eidetische Anlage der Jugendlichen und ihre Bedeutung für die Pädologie. Mschr. Kinderheilk. **43**, 1.
150. *Lindworsky, J.*, Einige Bemerkungen über den Reproduktionsvorgang. Arch. f. Psychol. **67**, 437 (S. 96*).
151. *Ders.*, Täuschungen. Zum Problem der Gestalttäuschungen. Arch. f. Psychol. **71**, 391 (S. 93*).
152. *Line, W.*, Die Lehre der »Noegenesis«. Arch. f. Psychol. **68**, 241.
153. *Linke, P. F.*, Grundfragen der Wahrnehmungslehre. 2. verm. Aufl. München, E. Reinhardt. 430 S., 13,— M.
154. *Lowrey, L.*, The study of personality. Amer. J. Psychiatr. **8**, 695.
155. *Lübeck, E.*, Sexuelle Erziehung. Mschr. dtsch. Ärztinnen. 176 u. 196.
156. *Lüderitz, H.*, Beitrag zur experimentellen Untersuchung des Wahlvorganges. Unters. Psychol. (Ach.) **7**, H. 2.
157. *Ders.*, Beitrag zur experimentellen Untersuchung des Wahlvorganges. Göttingen, G. Calvor. 94 S., 3,— M.

158. *Lunk, G.*, Die Stellung der Assoziation im Seelenleben. Leipzig, J. Klinkhardt. 163 S., 6,40 M.
159. *Ders.*, Über Intelligenzstufen. Z. pädag. Psychol. 347.
160. *Luria, A. R.*, Die Methode der abbildenden Motorik bei Kommunikation der Systeme und ihre Anwendung auf die Affektpsychologie. Psychol. Forschg. **12**, 127.
161. *Lutz, A.*, Teilinhaltliche Beachtung, Auffassungsumfang u. Persönlichkeitstypus. Z. Psychol. Erg.bd. **14**, 7 (S. 88*).
162. *Mc. Donough, M. R.*, The empirical study of character. Washington 213 S.
163. *v. Máday, St.*, Zur Psychologie der Lebensmüden. Internat. Z. Indiv.psychol. 88.
164. *Mainzer, J.*, u. *L. Geppert*, Das Leben im Sonderkindergarten. München, O. Gmelin. 110 S., 4,80 M. (S. 102*).
165. *Marbe, K.*, Psychologie [illegible]s Befehlens und Gehorchens. Z. Psychol. **113**, 373 (S. 100*).
166. *Matthaei, R.*, Das Gestaltproblem. Ergebn. d. Physiol. **21**, 1, u. München, J. F. Bergmann 103 S., 8,80 M.
167. *Mauerhofer, A.*, Charakterologische Grundrichtungen: Syntonie u. Idiotonie. Psyc[illegible]. Rdsch. Jg. **1**, 297.
168. *Meili, R.*, Methoden der [illegible]lligenzprüfung. Psychol. Rdsch. Jg. **1**, 51.
169. *Meloun, J.*, Objektive Kontrollmethoden in der Schriftpsychologie. Arch. f. Psychol. **71**, 357.
170. *Metz, P.*, Die eidetische Anlage der Jugend in ihrer Beziehung zur künstlerischen Gestaltung. (Päd. Mag. 1252.) Langensalza, Beyer u. Söhne. 116 S., 2,70 (3,40) M.
171. *Meyer, A.*, Monismus als einheitlich kritisch geordneter Pluralismus. J. Psychol. u. Neur. **38**, 71.
172. *Meyer, E.*, Experimentelle Untersuchungen über totale und diskrete Aufmerksamkeit beim Übergang vom unmittelbaren zum dauernden Behalten. Arch. f. Psychol. **72**, 321.
173. *Miles and Terman*, Sex difference in the association of ideas. Amer. J. Psychol. **41**, 165.
174. *Moll, A.*, Psychologie und Charakterologie der Okkultisten. Stuttgart, F. Enke. 130 S., 10,80 M.
175. *Moss, F. A.*, Your mind in action. Boston, Houghton.
176. *Müller, L. R.*, Über den Instinkt. M. m. W. 141 u. München, J. F. Lehmann, 27 S., 1,20 M.
177. *Müller, M.*, Der Rorschachsche Formdeutversuch, seine Schwierigkeiten und Ergebnisse. Z. Neur. **118**, 598.
178. *Müller, O.*, Beiträge zur Lehre menschlicher Typen nach der Methode unvollständiger Reizdarbietung. (Stud. Psychol. menschl. Typen, her. v. *E. Jaensch*, IV.) Z. Psychol. **111**, 51 (S. 91*).

179. *Müller, P.*, Die Begriffe der Sechsjährigen. Arch. f. Psychol. **72**, 115.
180. *Müller-Freienfels, R.*, Die Hauptrichtungen der gegenwärtigen Psychologie. Leipzig, Quelle u. Meyer. 135 S., 1,80 M.
181. *Murphy, G.*, An historical introduction to modern psychology. London, K. Paul u. Co., 470 S., 21 s.
182. *Netschajeff, A.*, Inspiration. Arch. f. Psychol. **68**, 165.
182a. *Neugebauer, H.*, Das Gefühls- u. Willensleben meines Sohnes in seiner frühen Kindheit. Z. angew. Psychol. **34**, 275.
183. *Ders.*, Materialien zur Kindespsychologie. Z. angew. Psychol. **32**, 294.
184. *Neuhaus, W.*, Mikropsie bei Einengung des Gesichtsfeldes. Unters. Psychol. (Ach.) **7**, H. 4.
185. *Neumann, J.*, Die Instinkte des Menschen. Philosophie u. Leben 41.
186. *Niesel*, Die psychologischen Grundlagen des Charakters. Z. ärztl. Fortbildg. 30.
187. *Ninck, M.*, Persönlichkeitsauffassung und Persönlichkeitsdarstellung. Z. Menschenkde. Jg. **4**, 293.
188. *Odebrecht, R.*, Gefühl und Ganzheit. Der Ideengehalt der Psychologie Felix Kruegers. Berlin, Junker u. Dünnhaupt. 44 S., 2,— M.
189. *Oeser, O.*, Tachistoskopische Leseversuche als Beitrag zur strukturpsychologischen Typenlehre. (Stud. Psychol. menschl. Typen, her. v. E. Jaensch, V.) Z. Psychol. **112**, 139 (S. 94*).
190. *Oetker, F.*, Vorsitz im Schwurgericht und Eignung zur Schuldbeurteilung. Z. Psychol. **112**, 243 (S. 94*).
191. *Orlow, I. E.*, Das Problem des Traumes vom Standpunkt der Reflexologie. Arch. f. Psychol. **70**, 209.
192. *Oseretzky, N. I.*, Methodik der kollektiven Prüfung der Motorik bei Kindern u. Minderjährigen. Z. Kinderforschg. **35**, 332.
193. *Ders.*, Zur Methodik der Untersuchung der motorischen Komponenten. Z. angew. Psychol. **32**, 257.
194. *Paull, H.*, Körper-Konstitution und Begabung. Arch. Rassenbiol. **22**, 21.
195. *Petermann, B.*, Die Wertheimer-Koffka-Köhlersche Gestalttheorie und das Gestaltproblem. Leipzig, J. A. Barth. 292 S. 12,— M.
196. *Peters, W.*, Personelle Beurteilung nach der praktischen Lebenseignung. b) psychologisch. »Die Biologie d. Person« v. Brugsch u. Lewy (Berlin, Urban u. Schwarzenberg) Bd. 4.

197. *Ders.*, Sprangers Lebensformen und die Psychologie des konkreten Menschen. Z. Psychol. **112**, 379 (S. 85*).
198. *Petzoldt †, J.*, Komplex und Begriff IV. Z. Psychol. **113**, 287 (S. 95*).
199. *Pfahler, G.*, System der Typenlehren. Grundlagen einer pädag. Typenlehre. Z. Psychol., Erg.bd. **15** (S. 89*).
200. *Picard, M.*, Das Menschengesicht. (Physiognomie). München, Delphin-Verl. 223 S., 12,— M.
201. *Pikler, J.*, Über die Angriffspunkte des Willens am Körper. Z. Psychol. **110**, 288 (S. 98*).
202. *Ders.*, Zur Psychophysiologie des Lügens. W. m. W. 953 u. 982.
203. *Pillsbury, W.*, The history of psychology. London, Allen & U. 15 Sh.
204. *Plaut, P.*, Die Psychologie der produktiven Persönlichkeit. Stuttgart, Enke. 324 S., 15,— M.
205. *Poppelreuter, W.*, Steigerung der geistigen Arbeitsfähigkeit durch Recresalzufuhr. M. m. W. 912.
206. *Prince, M.*, Clinical and experimental studies in personality. Cambridge (Mass.) Sci.—Art. Publishers.
207. *Ramul, K.*, Über nichtempirische Psychologie. Arch. f. Psychol. **73**, 369.
208. *Reigbert, R.*, Wahrheit und Wesenhaftigkeit in der Physiognomik. Z. Menschenkde. Jg. **5**, 176.
209. *Reitz, G.*, Experimentelle Untersuchungen an Gesunden und Geisteskranken über die Fähigkeit, Wertungen zu vollziehen. Z. angew. Psychol. **32**, 391.
210. *Reymert* u.a., Feelings and emotions. Oxford, Univ. Press.
211. *Rink, W.*, Charakterologische Bibliographie. Z. Menschenkunde Jg. **5**, 60.
212. *Ritter, H. K.*, Lehrgang der Graphologie. Brief 1—4. Karlsruhe, F. Gutsch, je 1,— M.
213. *Sack, A.*, Albert Schweitzers Persönlichkeit als Arzt, Denker u. Mensch. M. m. W. 1089 (S. 101*).
214. *Sante de Sanctis*, Psicologia sperimentale. I Ps. gen. Rom, L. Stock. 353 S., 60,— L.
215. *Saudek*, Experimentelle Graphologie. Berlin, Pan-Verl. 347 S., 20,— M.
216. *Saunders, E.*, u. *Sch. Isaacs*, Tests of reaction-time and motor inhibition in the psychoses. Amer. J. Psychiatry **9**, 79.
217. *Schatz, K.*, Die Einflüsse der willkürlichen Aufmerksamkeit auf die Klarheitsverteilung im Tonhöhenfeld. Arch. f. Psychol. **70**, 311.
218. *Schenck, H.*, Experimentell-strukturpsychologische Unter-

suchung über den »dynamischen Typus«. (Stud. Psychol. menschl. Typen, her. v. E. Jaensch, VI). Z. Psychol. **113**, 91 (S. 91*).

219. *Schereschewsky, B.*, Versuche über die Entwicklung des Bildverständnisses beim Kind. Z. Kinderforschg. **35**, 455.

220. *Schilder, P.*, Eine neue Tasttäuschung und ihre Beziehung zum Körperschema. Z. Sinnesphysiol. **60**, 284.

221. *Ders.*, Welche wirklichen Fortschritte hat die medizinische Psychologie seit Lotze gemacht? Allg. ärztl. Z. Psychother. **2**, 601.

222. *Schirbel, P.*, Die Psychologie der Gegenwart. Breslau, Priebatsch. 30 S., 1,— M.

223. *Schletter, E.*, Zur Psychologie des Selbstmordes. Internat. Z. Individ.psychol. 7.

224. *Schlink, E.*, Persönlichkeitsänderung in Bekehrungen und Depressionen. Arch. f. Psychol. **70**, 81.

225. *Schlotte, F.*, Zur Psychologie des Sonderkläßlers. Leipz. Lehrerztg., wiss. Beil. 429 (S. 102*).

226. *Schmidt, H.*, Vom Wesen und von der Bedeutung des Gestaltproblems. Hilfsschule 193.

227. *Schneidemühl †*, Handschrift und Charakter. 2. vollst. umg. u. erw. Aufl. Leipzig, Th. Grieben. 351 S., 12,— M. (S. 98*).

228. *Schoppe, C.*, Untersuchungen über die Maßbestimmungen des Gesichtsfeldes nebst Angaben über einen neuen Augenmaßapparat. Z. Psychol. **113**, 345 (S. 92*).

229. *Schorn, M.*, Untersuchungen über die Handgeschicklichkeit. Z. Psychol. **112**, 325 (S. 99*).

230. *Schulte, H.*, Experimentelle Prüfung der Rutz-Sieversschen Typenlehre. Arch. f. Psychol. **70**, 119 (S. 103*).

231. *Schulte, R. W.*, Der Einfluß des Kaffees auf Körper und Geist. Experimentaluntersuchungen. Dresden, Dtsch. Verl. f. Volkswohlf. 102 S., 5,— M.

232. *Schultze, O.*, Die Forderung einer »theoretischen Psychologie« am Begriffe der Einstellung erläutert. Z. Psychol. **112**, 260 (S. 85*, 94*).

233. *Schulze, H.*, Kritische Untersuchungen zum Problem des Bewußtseins. Untersuch. Psychol., her. v. Ach, **7**, H. 3. Göttingen, G. Calvör Nachf. 65 S., 3,— M.

234. *Schwartz, L.*, Über Psychotechnik und Berufsberatung. Schweiz. med. Wschr. 1030.

235. *Schwarz, O.*, Medizinische Anthropologie. Leipzig, S. Hirzel. 383 S., 13,— M. (S. 100*).

236. *Schwenninger*, Zur Rechtfertigung der Phänomenologie in der Psychiatrie. Allg. Z. Psychiatr. **91**, 388 (S. 85*).

237. *Seelig, E.*, Die Ergebnisse u. Problemstellungen der Aussageforschung. Ergeb. Med. **13**, 401 (S. 100*).
238. *Seifert, F.*, Charakterologie. München, R. Oldenbourg. 65 S., 3,10 M.
239. *Sell, L.*, Das Problem der Einstellung und die Adlersche Individualpsychologie. Z. Psychol. **112**, 283 (S. 94*).
240. *Siebert, K.*, Plastisch-anschauliche Gedächtnisbilder. (Z. Psychol. d. Halluzin. u. eidet. Phän.) Arch. f. Psychol. **72**, 517.
241. *Sigg, M. C. G.*, Von der Psychologie und ihren Zielen. Psychol. Rdsch. Jg. **1**, 54.
242. *v. Skramlik, E.*, Werden die aus der Hautfläche herausprojizierten Empfindungen objektiv richtig lokalisiert? Z. Sinnesphysiol. **60**, 256.
243. *Sommer, R.*, Ein Erinnerungsversuch zu zweit. Z. Psychol. **112**, 256 (S. 96*).
244. *Steinig, K.*, Zur Frage der Wahrnehmung von Zwischenstadien bei stroboskopisch dargebotenen Bewegungen. (Unters. Wahrnehm. Bewegg. durch Auge, her. v. F. Schumann IV). Z. Psychol. **109**, 291 (S. 91*).
245. *Stelzner, H.* F., Von Klimakterium, Erotik und Sexualität. M. m. W. 1974.
246. *Stern, Cl.* u. *W.*, Monographien über die seelische Entwicklung des Kindes. Bd. I: Die Kindersprache. 4. neubearb. Aufl. Leipzig, J. A. Barth. 436 S. 1928. 22.— (24.—) M.
247. *Stern, E.*, Allgemeine Psychologie. Fortschr. Neur. 327 (s. Allg. Z. Psychiatr. **91**, 332).
248. *Stern, K.*, Beobachtungen des Spontanverhaltens vorschulpflichtiger Kinder über lange Zeitintervalle im Montessori-Kinderhause. Psychol. Forschg. **13**, 79 (S. 100*).
249. *v. Stern, M. R.*, Theorie des Unbewußten. Linz, F. Steurer. 123 S. 3,50 M.
250. *Stern, W.*, Anfänge der Reifezeit. Ein Knabentagebuch in psychologischer Bearbeitung. Leipzig, Quelle u. Meyer. 125 S. 3,60 M.
251. *Ders.*, Ernstspiel als Verhalten und als Erlebnis. Z. pädag Psychol. 9.
252. *Stürmer, H.*, Der Ablauf der nervösen Energie. Stuttgart, H. Matthes. 248 S., 6,— M.
253. *Suter, J.*, Der Charakter des Menschen. Psychol. Rdsch. Jg. **1**, 33, 83, 130.
254. *Szondi, L.*, Zur Psychometrie der Tests. Arch. f. Psychol. **72**, 43.
255. *Szymanski, J. S.*, Zur Denkpsychologie. Wien, M. Perles. 160 S., 6,— M.

256. *Taube, O.*, Einzelausbildung eines taubblinden Mädchens in Dänemark. Z. Kinderforschg. **35**, 494.
257. *Theias, H.*, Zur experimentellen Graphologie. Z. Menschenkunde Jg. **5**, 237.
258. *Thurnwald, R.*, Psychische Einwirkungen im Leben und Erleben von Naturvölkern. Allg. ärztl. Z. Psychother. **2**, 537.
259. *Titchener, E. B.*, Systematic Psychology. New York, London, Macmillan & Co. 278 S., 10,6 Sh.
260. *Troland, L. T.*, The fundamentals of human motivation. London, Macmillan.
261. *Tumarkin, A.*, Die Methoden der psychologischen Forschung. Leipzig, B. G. Teubner. 132 S., 3,60 M.
262. *Usnadze, D.*, Die Begriffsbildung im vorschulpflichtigen Alter. Z. angew. Psychol. **34**, 138.
263. *Utitz, E.*, Vom Wesen der Charakterologie. Pädag. Warte Jg. **36**, 105.
264. *Valentiner, Th.*, Der XI. Kongreß d. Ges. f. exp. Psychologie in Wien 1929. Z. angew. Psychol. **33**, 537.
265. *Verweyen, J. M.*, Menschenkenntnis und Menschenbehandlung. Z. Menschenkde. Jg. **4**, 377.
266. *Vetter, A.*, Auslegungen der Seele. Z. Menschenkde. Jg. **5**, 142.
267. *Vogelsang, H.*, Experimentelle Untersuchungen über die Einprägung simultan gebotener Objekte. Arch. f. Psychol. **67**, 257.
268. *Voigts, H.*, Psychologische Untersuchungen über die Wirkung des Seeklimas auf Jugendliche. Mschr. Kinderheilk. **43**, 97 u. Z. pädag. Psychol. 286.
269. *Vollmer, O.*, Die sogenannten Aufmerksamkeitstypen und die Persönlichkeit. Z. Psychol., Erg.-Bd. **14**, 236 (S. 89*).
270. *Vorwahl, H.*, Psychologie der Vorpubertät. Berlin, F. Dümmler. 160 S., 6,50 M.
271. *Voß, W.*, Das Farbenhören bei Erblindeten. Arch. f. Psychol. **73**, 407.
272. *Weber, H.*, Untersuchungen über die Ablenkung der Aufmerksamkeit. Arch. f. Psychol. **71**, 185.
273. *Weigl, F.*, Zur seelischen Differenzierung 15- bis 16jähr. Fortbildungsschülerinnen. Z. pädag. Psychol. 336.
274. *Weil, H.*, Sinnespsychologische Kriterien menschlicher Typen. (Stud. menschl. Typen, her. v. *E. Jaensch*, I). Z. Psychol. **109**, 241; **110**, 51 (S. 90*).
275. *Ders.*, Wahrnehmungsversuche an Integrierten und Nichtintegrierten. (Stud. Psychol. menschl. Typen, her. v. *E. Jaensch*, II.) Z. Psychol. **111**, 1 (S. 91*).

276. *Weimershaus, A.*, Umwelt, Eigenwelt als Begriffe des pädagogischen Denkens. Z. pädag. Psychol. 161.
277. *Wellek, A.*, Das Doppelempfinden in der Geistesgeschichte. Z. Ästh. **23**, 14.
278. *Werner, H.*, Über die Sprachphysiognomik als einer neuen Methode der vergleichenden Sprachbetrachtung. Z. Psychol. **109**, 337 (S. 98*).
279. *Wertham, F. I.*, Der psychobiologische Standpunkt Adolf Meyers. Hippokrates, Jg. **2**, 62.
280. *Wheeler, R. H.*, The science of psychology. New-York, Crowell. 3,75 Doll.
281. *Wiegmann, O.*, Beiträge zur Methodologie der Intelligenzprüfung. Z. angew. Psychol. **32**, I (S. 101*).
282. *Ders.*, Vergleichende Test-Untersuchungen an kriminellen u. nichtkriminellen Jugendlichen. Z. pädag. Psychol. 246 (S. 101*).
283. *Wirth, W.*, Die Neuen Psychologischen Studien. Kritisches Referat. Arch. f. Psychol. **70**, 417.
284. *Wolff, W.*, Bemerkungen über die psychische Struktur des Kindes. Z. pädag. Psychol. 170.
285. *Ders.*, Der archaische Sprachorganismus. Z. Psychol. **110**, 113 (S. 98*).
286. *Ders.*, Die Psychologie in der Psychiatrie. Gestaltliche Faktoren in der Psychiatrie. Z. Neur. **118**, 733.
287. *Ders.*, Gestaltidentität in der Charakterologie. Psychol. u. Med. Jg. **4**, 32.
288. *Ders.*, Über die Struktur der Assoziationen. Z. angew. Psychol. **33**, 288.
289. *Woog, H.*, Atmung u. Tanz als Wege zur Verwirklichung der »Leib-Seele-Einheit«. Ärztl. Rdsch. 350.
290. *v. Wyß, W. H.*, Der Ausdruck der Gemütsbewegungen. Nervenarzt 534.
291. *Zeininger, K.*, Magische Geisteshaltung im Kindesalter u. ihre Bedeutung für die religiöse Entwicklung. (Beih. 47 Z. angew. Psychol.) Leipzig, J. A. Barth. 155 S., 8,— M.
292. *Zerbe, E.*, Seelische und soziale Befunde bei verschiedenen Körperbautypen. Arch. f. Psychol. **88**, 705.
293. *Ziehen, Th.*, Über das Wesen der Beanlagung u. ihre methodische Erforschung. (Päd. Mag. 683.) 4. umg. u. stark erw. Aufl. Langensalza, H. Beyer u. Söhne. 88 S., 2,40 M. (S. 96*).
294. *Zillig, M.*, Zur Psychologie des dichterisch schaffenden Kindes. Z. Psychol. **112**, 302 (S. 102*).
295. *Zoepffel, H.*, Ein Versuch zur experimentellen Feststellung der Persönlichkeit im Säuglingsalter. Z. Psychol. **111**, 273 (S. 98*).

I. Allgemeines.

Das Lehrbuch der experimentellen Psychologie des Valkenburger Philosophieprofessors *Fröbes* (70) behandelt in 2 ziemlich starken Bänden das gesamte Gebiet des Seelenlebens mit seinen weiten Verzweigungen, welche das ganze Reich unserer Kultur durchziehen. Daß dieses Werk überhaupt eine solche Masse von Stoff bewältigen konnte, verdankt es der wohlabgemessenen Beschränkung, die aber nur soweit geht, daß doch alle wichtigen Fragen eine eingehende Besprechung finden, wobei die führenden Forscher ausführlich zu Wort kommen. Der 1. Band des Lehrbuches, in 2. und 3. Aufl. 1923 erschienen, bespricht die Empfindungen, Wahrnehmungen, Assoziationen und die Psychophysik, also das eigentliche Gebiet des psychologischen Experiments. Für den 2. Band paßt das Wort »experimentelle« weniger gut, es steht hier im Gegensatz zu der philosophischen Behandlung der Psychologie, welche der Verf. in seiner »Psychologia speculativa« (1927) durchgeführt hat. Der vorliegende 2. Band der »experimentellen Psychologie«, dessen erste Aufl. 1920 erschienen ist und allgemein eine sehr günstige Aufnahme gefunden hatte, behandelt die Gehirnlokalisation und das höhere Seelenleben. Gerade für dieses war eine neue Bearbeitung durch die raschen und eingreifenden Fortschritte der Wissenschaft zu einem dringenden Gebot geworden und der Verf. hat die Mühe nicht gescheut, das Neue einzeln in das ganze Werk hineinzuarbeiten. Er wollte dabei seinem Grundsatz treubleiben, »keine Arbeit anzuführen . . ., die ich nicht ganz durchgearbeitet habe«. Dadurch ist die Verarbeitung der neuen Literatur leider manchmal etwas zu kurz weggekommen. So möchte man, um nur eines anzuführen, der *Kretschmer*schen Typenlehre, die doch gerade auch auf dem psychologischen Gebiet in so aussichtsreicher Weise neue Bahnen eröffnet, eine wesentlich breitere Darstellung gönnen. Nicht recht ersichtlich ist, weshalb der Verf. bei den jedem Kapitel vorausgesetzten Literaturangaben die neuere Literatur so wenig berücksichtigt hat. Bei der Charakterforschung finden wir z.B. von *Klages*' Werken nur die »Prinzipien der Charakterologie« von 1910. In dem Text finden wir aber vielfach auch die neuzeitlichen Forschungen eingearbeitet, vor allem hat der Verf. die Ganzheitsauffassung und die Rolle des psychologischen Verstehens zu ihrem Rechte kommen lassen. Im einzelnen enthält der 2. Band folgende Abschnitte: 6. Die Gehirnlokalisation, die Aphasie- und Amnesielehre — 7. Zusammengesetzte Erkenntnisvorgänge (Aufmerksamkeit, Ich, Gedächtnis, Verstandestätigkeit, schöpferische Phantasie, Sprache). — 8. Gemütsbewegungen und höhere Gefühle, wobei die einzelnen Gefühle und Affekte, vor allem auch die ästhetischen Gefühle, genaue Besprechung finden. — 9. Willensleben und Gesamtpersönlichkeit. Sehr anerkennenswert ist in diesem Absatz die sorgfältige Behandlung der Lebensziele, der Sittlichkeit und der Religion, sowie die Einbeziehung der Sozialpsychologie, die in der neuen Aufl. ein eigenes Kapitel füllt. — 10. Anomalien des Bewußtseins (Schlaf und Traum, Hypnose und Suggestion, Geistesstörungen). Es fällt angenehm auf, daß der Verf. wirklich auch das höhere Geistige eingehend behandelt, das, was den Wert des Menschen ausmacht. Das Psychiatrische wird nicht nur im letzten Kapitel, sondern an vielen Stellen der ganzen Durchführung berührt. Hervorzuheben ist die wesentlich ausführlichere Besprechung der Psychotherapie in der vorliegenden Aufl. Die Schreibweise des Buches ist außerordentlich klar und lehrhaft, der Inhalt bietet sich sehr übersichtlich dar. Nicht nur der angehende Psychologe, sondern beson-

ders auch der Lernbegierige der Nebenfächer, die auf psychologischer Grundlage aufbauen, wird mit Vorteil und Genuß das Werk studieren.

Peters (197) greift noch einmal den Kampf gegen *Sprangers* Anschauungen von »geisteswissenschaftlicher« und »naturwissenschaftlicher« Psychologie (s. Lit.-Ber. 1927 S. 62*) auf. »Ich möchte *Sprangers* Aufstellungen« sagt er »und Forderungen nicht bloß an dem prüfen, was als gesicherter Besitz der psychologischen Arbeit bereits vorliegt, sondern auch an dem, was in ihr zu werden beginnt, möchte die *Spranger*sche Problematik daraufhin mustern, was von ihr als Problem ... in die werdende Psychologie eingehen wird, möchte vor allem untersuchen, was die *Spranger*schen Ideen zur psychologischen Erfassung der konkreten Personen zu leisten vermögen.« Die vorliegende 1. Abhandlung seiner Arbeit bespricht noch einmal kritisch, was *Spranger* der »naturwissenschaftlichen« Psychologie vorwirft, die Anlehnung an die Methoden der Physik und Physiologie, Elementenbegriffe, Synthese aus Elementen, beherrschende Stellung der Assoziationen u. dergl., und betont demgegenüber die umfangreiche Blickweite und vorurteilslose Arbeitsweise der neueren Psychologie. Verf. kommt dann zu umfangreichen Ausführungen über die Methoden und Ziele der Psychologie, vor allem im Hinblick auf das Problem der Persönlichkeit.

In einem Vortrag hat *Hoche* vor dem Eindringen von *Husserls* Phänomenologie in die Psychiatrie gewarnt. Demgegenüber hebt *Schwenninger* (236) hervor, daß Psychologie und Psychopathologie ohne die Wissenschaft vom Wesen der Seele und der seelischen Regungen, sowie ohne phänomenologische Methode zu wissenschaftlichen Ergebnissen nicht gelangen könnten. Er gibt deshalb eine ausführliche Darlegung der Ziele der Phänomenologie und ihrer Daseinsberechtigung. Sie hat darnach die Aufgabe, zu dem Wesen der Gegenstände einer Wissenschaft vorzudringen und zwar ohne jede Voreingenommenheit und ohne Rücksicht auf Weltanschauungsfragen oder wissenschaftliche Richtungen. So will sie auf dem Gebiet der Psychologie ganz allgemein klären, was das Ich bei seelischen Vorgängen z. B. bei der Wahrnehmung erlebt, und in welcher Weise diese sich abspielt. Man gelangt dazu durch ein »Sichinsichselbstversenken«. Verf. weist etwaige Einwendungen gegen die Methode zurück und führt Gründe an, daß sie unentbehrlich und keineswegs unwissenschaftlich ist.

Die »theoretische Psychologie« *Otto Schultzes* (232) will die psychologischen Probleme in den »Zusammenhang des seelischen Haushalts des Individuums« einordnen, die Beziehungen der verschiedenen seelischen Vorgänge klarstellen und zu den Mechanismen und Gesetzmäßigkeiten des Geschehens vordringen. Verf. schildert, wie man nach einer Zeit, die nur das positiv im Bewußtsein Vorhandene schätzte, jetzt dem Unbewußten eine überragende Bedeutung beimißt. Ihrem Wesen nach etwas Unbewußtes sei auch die Einstellung. Mit ihr befaßt er sich zu Ehren *Marbes* ausführlicher in der vorliegenden Abhandlung der *Marbe*-Festschrift, indem er zunächst vom Sprachgebrauch ausgehend den Begriff der Einstellung selbst ausdeutet und seine Erscheinungsweisen erläutert, dann »mikropsychologisch« in wissenschaftliche Tiefe dringend den Vorgang und sein Zustandekommen genauer betrachtet.

Das Büchlein von *E. A. Jaensch* und *Grünhut* (112) will eine Kampfschrift gegen die »Gestalttheorie« sein, wie sie von *Ehrenfels*, *Wertheimer*, *Köhler* und *Koffka* aufgestellt worden ist, vor allem gegen die Aussprüche der beiden Letztgenannten. Im Vorwort spricht *Jaensch* es aus, daß seine ehe-

maligen Gegner ihm zu seiner Freude die Hand gereicht hätten, und daß diese Schrift das Übereinstimmende der Richtungen deutlicher hervortreten lassen soll. Die Anschauung der »Gestalttheorie«, gegen welche sich die Verf. wenden, besagt, daß es physikalische Vorgänge gibt, die »gestaltet« sind, analog den seelischen Gestalten, auch Ganzheitsmerkmale tragen, und daß die seelischen Gestalten durch derartige physikalische Gestalten (Vorgänge im Gehirn) bedingt seien. Bei der Frage der physikalischen Gestalten spielen eine große Rolle die »*Ehrenfels*-Kriterien«, nach denen — kurz gesagt — eine Gestalt dann vorliegt, wenn ein Reizkomplex mehr enthält als die Summe der Reize und wenn die Form des Komplexes transponierbar ist. Die Gegengründe, welche *Jaensch* und *Grünhut* gegen die Gestalttheorie vorbringen, richten sich zunächst gegen die Bewertung der physikalischen Gestalten. Sie führen aus, daß notwendigerweise ungefähr überall in der Natur Beziehungen und wechselseitige Einwirkungen stattfinden, so daß reine Und-Verbindungen kaum zu finden und die *Ehrenfels*-Kriterien auch hier fast überall anwendbar sind. Bei den seelischen Gestalten handelt es sich aber nicht nur um eine Abhängigkeit der Teile vom Ganzen, sondern auch um das Walten einer Intention, um ein »Gerichtetsein auf Gegenstände«, um ein sinnvolles Geschehen. Nach *Jaensch* begehen die Gestalttheorie-Forscher den Fehler, daß sie die kausalfundierten und die auf den allgemeinen Eigenschaften des Seienden beruhenden, also gar keinen Zusammenhang beweisenden ontologischen Analogien verwechseln. Während *Jaensch* in kürzerer Fassung die Grundfragen erörtert, geht *Grünhut* den einzelnen Problemen mit wissenschaftlicher Gründlichkeit nach. Er bespricht zunächst ausführlich die physikalischen Gestalten, geht dann besonders eingehend auf die psychischen Gestalten über und kritisiert *Koffkas* Wahrnehmungslehre, nach welcher nicht eine Summe von Empfindungen nebst inneren Einflüssen (Aufmerksamkeit u. dergl.) die Wahrnehmung gestalten, sondern von vornherein eine einheitliche Gestalt erlebt wird, und zwar die beste, die unter Zusammenwirken aller äußeren und inneren Kausalfaktoren möglich ist. G. folgt dabei eine längere Strecke philosophischen Gedankengängen, um den Begriff der Empfindungen klarzustellen.

II. Persönlichkeit.

a) Ich, Charakter, Temperament.

Bleuler (26) vergleicht seine Anschauungen über Ich und Reflex mit denen, die *Hauptmann* in seiner Abhandlung »Die subcorticale Handlung«, J. Psychol. u. Neur. 37, 95, 1928, vertritt. Im großen und ganzen stimmt Verf. mit ihm überein, indem auch er es ablehnt, im »Ich« ein autonomes Wesen zu sehen, das hinter dem Organismus steht, während tatsächlich das Lebewesen als eine Einheit mit zwei »Facetten« — einer körperlichen und einer seelischen — aufzufassen sei (Identitätshypothese). *Bleuler* will aber das »Ich« nicht nur als ein »Prinzip« gelten lassen, sondern auch als einen sowohl subjektiv wie objektiv deutlich abgezeichneten Komplex von Vorstellungen und Strebungen. Er glaubt dadurch erst, das Identitätsprinzip voll auswerten und konsequent durchführen zu können.

Das Problem, zu dessen Klärung die Versuche von *Lersch* (146) unternommen worden sind, lautet: »Welche Rolle spielt das eigene Ich im Bewußtseinsablauf eines Menschen; unter welchen Bedingungen tritt es als Erlebnisinhalt auf; bestehen Dispositionen in dieser Richtung?« Die Vpn. hatten zu berichten, was sie beim Lesen von literarischen, meist in Ichform abgefaßten

Stücken, von denen 5 in Prosa, 7 in Versen geschrieben waren, innerlich erlebt hatten. Die Texte gaben teils Stimmungen, teils Körperzustände, teils sachliche Darstellungen wieder. Es ließen sich 2 Arten von Reaktionen unterscheiden, selbstbezogene und sachbezogene, dort »eine Bewußtmachung der gegebenen Bedeutungen als Inhalte des individuellen Ichs der Vp.«, hier »ein Erfassen des Textes in der Form des Wissens um das, was sachlich gemeint« war. Dies soll aber nicht so gemeint sein, als ob bei jeder Vp. nur eine dieser Reaktionsarten aufftreten könne, sondern es handelt sich gewöhnlich nur um ein Mehr oder Weniger. Die dargestellten Fälle bedeuten Extreme, in denen das Typische besonders rein ausgeprägt war.

Hoffmann (108) hat die wesentlichen Punkte seines gleichnamigen Buches in einem kurzen Überblick zusammengefaßt. Er bemüht sich jedem der beiden charakterbildenden Mächten, Anlage und Umwelt, sein Recht zukommen zu lassen. Von der Anlage hängt es, wie er ausführt, ab, wie weit ein Mensch für die Wirkungen der Umwelt zugänglich ist. Die Wirkung besonders herausfordernder Umwelteindrücke auf den ungereiften Menschen kann Neigungen zu dauernder Fixation, bzw. erleichtertem Wiederauftreten hinterlassen. Der Mensch bildet sich freilich auch selbst sein Milieu, ist dann aber oft von ihm wieder abhängig. Die Charakterforschung muß nach dem, einstweilen nur teilweise erreichbaren Ziel streben, die ganzen Beziehungen zu den vielseitigen Umweltsituationen (Einstellungen zu Vorgesetzten, Familie usw.) zu erfassen (Relationsanalyse).

Kahn (118) sieht in »Charakter« die finale Oberschicht der Persönlichkeit, die sich auf den kausalen Unterlagen — Körperlichkeit, Triebleben, Temperament, Begabungen — in der Art aufbaut, daß sie in ihnen verwurzelt ist und aus ihnen herauswächst. 2 Grundeinstellungen des Charakters gibt es: die zum Ich und die zur Umwelt. Die Pykniker sind mehr Umwelt-, die Leptosomen mehr Ich-Menschen. Übersteigerte Ich-Menschen finden sich unter den Psychopathen, bei denen Verf. einstweilen 5 Charaktertypen unterscheidet. Der Charakter beruht auf Vererbung, er macht im Laufe des Lebens eine typische Entwicklung durch.

Was man unter »Ausdruck« verstehen soll und wie er in Erscheinung tritt, hat *Kronfeld* (138) auseinandergesetzt: »Ausdrucksfunktionen im eigentlichen Sinne sind dadurch gekennzeichnet, daß ein Mensch »unwillkürlich«, ja »wider seinen Willen«, ein Stück seines Ich »preisgibt«, »enthüllt«, »verrät«. Sie sind daher einerseits abzugrenzen von den rein körperlichen Begleitvorgängen, die nur Zeichen oder Signale vorstellen, andererseits von der bewußten, intentionalen Kundgabe (Handlung, Sprache). Verf. unterscheidet dann die Ausdrucksbewegungen des gegenwärtigen Augenblicks von den Dauerprägungen, wie sie in Gesicht, Händen, Schrift und ganzem Leib zutage treten, und bespricht genauer, welche seelischen Faktoren (Wille, Gefühl, Temperament usw.) sich im Ausdruck kundgeben. Die Graphologie behandelt er etwas ausführlicher.

Friedmann (69) ergeht sich in Überlegungen über *Ewalds* Anschauungen vom Temperament, wonach dieses durch das Quantitative gekennzeichnet ist und 2 Seiten, Tempo und Intensität, erkennen läßt. *Fr.*, zum Teil von psychoanalytischen und psychoreflexologischen Ideen geleitet, sucht nun nachzuweisen, daß dem Quantitativen in der Tiefe etwas Qualitatives zugrunde liegt und erörtert an der Hand dieser Anschauung das Verhältnis des Manisch-depressiven Irreseins zum Temperament.

b) Typenlehre.

Der 14. Ergänzungsband der Z. f. Psychol. bringt »experimentelle Beiträge zur Typenkunde«, herausgegeben von *Oswald Kroh,* dem Vorstand des pädagogischen Seminars zu Tübingen. Er selbst leitet sie durch ein Vorwort ein, in welchem er auf die Beziehungen seiner Typenforschungen zu *Kretschmers* Lehre hinweist und die Notwendigkeit darlegt, die Untersuchungen auch auf Kinder auszudehnen. Als erster skizziert er in einem kurzen Aufsatz (137), wie in seinem Seminar vorgegangen wird. Er schildert die »Methode der Progressiven Verdeutlichung gleichartiger Verhaltungsweisen«, welche ein typisches Verhalten dadurch übersteigert, daß eine Vp. des gleichen Typs eine Arbeit weiterführt oder die gleiche Vp. sie wiederholt vornimmt. Weiter bespricht er die »Methode der typenmäßigen Alternative«, die »wechselnde Verwendung typenmäßiger und nicht typenmäßiger Aufgaben« sowie die Beachtung von Korrelationen psychischer Phänomene. Der Band enthält ferner die im folgenden besprochenen Arbeiten von *Lutz, Bayer, Dambach* und *Vollmer.*

Die Untersuchungen von *Lutz* (161) knüpfen an die Forschungen *Scholls* über die teilinhaltliche Beachtung von Farbe und Form und die Beziehungen der Farb- und Formseher zu den Typen *Kretschmers* (s. Lit.ber. 1927) an. Er konnte, zum Teil durch neue Methoden, *Scholls* Ergebnisse bestätigen. Die Personen, welche dazu neigten, die Farbe zu beachten, waren vorwiegend zyklothym, die zur Form neigenden schizothym. Erstere zeigten außerdem durchschnittlich einen größeren Auffassungsumfang, ein Verhalten, was mit der ganzen seelischen Eigenart dieser Typen in Zusammenhang steht. Der zyklo- bzw. schizothyme Typus wurde nach einem von der Vp. ausgefüllten Fragebogen (*Kibler*sche Listen) über ihre seelischen Eigenarten bestimmt.

Mittels Darbietung sinnloser Reihen und nachfolgender Prüfung hat *Bayer* (11) untersucht, ob seine Vpn. mehr zu Assoziationen oder Perseverationen neigen. Mit Perseveration bezeichnet man in der Psychologie bekanntlich die Erscheinung, daß Vorstellungen nach ihrem Verschwinden aus dem Bewußtsein noch eine i. A. schnell abklingende Tendenz besitzen, frei, also ohne assoziativen Anlaß, ins Bewußtsein zu steigen. Verf. konnte unter seinen Vpn. deutlich einen assoziativen und einen perseverativen Typus unterscheiden, daneben einen Mischtypus. Die Typen waren auch sonst durch seelische Eigenarten gekennzeichnet und ließen sich, wenn sie nach den *Kibler*schen Listen über ihre eigenen Eigenschaften Auskunft gegeben hatten, den *Kretschmer*schen Typen einordnen: ausgesprochen assoziativ veranlagte Persönlichkeiten waren in keinem Fall schizothym, ausgesprochen perseverativ veranlagte nie zyklothym.

Dambach (55) hat es unternommen, die Fähigkeit zur Konzentration, bzw. Distribution der Aufmerksamkeit für die Aufstellung von Persönlichkeitstypen zu verwenden. Er hat Kinder im Durchschnittsalter von 10 Jahren in der Schulstunde Gedichtsstrophen oder Wortpaare lernen und in einem Teil der Versuche gleichzeitig eine Nebenarbeit ausführen lassen. Die Versuche ließen 3 Gruppen von Kindern erkennen, je nachdem die Hauptarbeit durch die Nebenarbeit beeinträchtigt wurde oder nicht oder drittens eine Zuordnung zu einer dieser beiden Gruppen nicht möglich war. Es ergab sich nun, daß sämtliche durch Nebenarbeit stark beeinträchtigte Kinder zum schizophrenen Typus gehörten, sie zeichneten sich also durch größere Konzentration der Aufmerksamkeit aus. Die zyklothymen Kinder zeigten eine größere Distribution der

Aufmerksamkeit und ließen sich durch eine Nebenarbeit weit weniger beeinträchtigen. Der Typus nach *Kretschmer* wurde teils nach Angaben des Schularztes über den Körperbau, teils nach einem dem kindlichen Seelenleben angepaßten, von den Kindern selbst ausgefüllten Fragebogen bestimmt.

Wie die Aufmerksamkeit bei den Typen *Kretschmers* zutage tritt, hat *Vollmer* (269) experimentell an 14 Erwachsenen untersucht, hauptsächlich mit Hilfe des Tachistoskops, aber auch mit anderen Methoden, z. B. der *Bourdon*schen. Er beachtet bei der Aufmerksamkeit die verschiedenen Gesichtspunkte, die in den Aufmerksamkeitstypen *Meumanns* zum Ausdruck kommen: Umfang, Stetigkeit, Objektivität, Auffassungsart, Ganzheitsbeachtung. Die *Kretschmer*schen Typen hat er nach der Fragebogenmethode festgestellt. Aus den Versuchen schließt er, daß zwei Typenreihen einander parallel verlaufen. Die Aufmerksamkeit der Schizothymen war eng an Umfang — fixierend — objektiv — analytisch — diskret, die der Zyklothymen umfangweit — fluktuierend — subjektiv — synthetisch — total, der konstitutionelle Mischtypus zeigte auch einen gemischten Aufmerksamkeitstypus.

Die umfangreiche Arbeit von *Pfahler* (199), welche den 15. Ergänzungsband der Z. f. Psychol. füllt, spannt die Typenlehre in einen pädagogischen Rahmen: da es unmöglich ist, in einer Gemeinschaftserziehung, wie der Schule, die individuelle Eigenart jedes einzelnen Schülers zu ihrem Recht kommen zu lassen, muß man wenigstens durch Zusammenfassung der Typen der Schüler eine Annäherung an die Individualität suchen; zu diesem Zweck muß man auf echte Anlagefaktoren zurückgreifen. Verf. bespricht im Hinblick auf diesen Gesichtspunkt verschiedene Typenaufstellungen, die von *Spranger, Dilthey* u. a., und wendet sich dann zu seinem eigentlichen Thema, der Erforschung der psychologischen Grundlagen von *Kretschmers* Typen. Im Mittelpunkt der Ausführungen steht des Verf. Anschauung, daß bei den Anlagefaktoren eine überragende Bedeutung nicht, wie *Kretschmer* und *Ewald* annehmen, dem Gemüts- und Willensleben, sondern dem Bereich des Denkens zufällt, und zwar der Aufnahme und Verarbeitung von Empfindungen und Vorstellungen. Seine Gründe für diese Anschauung setzt er eingehend auseinander. Er bespricht dann frühere Untersuchungen über solche Anlagefaktoren und ihre Beziehungen zu *Kretschmers* Typen, insbes. die über Farb- und Formseher, über Assoziation und Perseveration, über Mehrfacharbeit (s. o. *Lutz, Bayer, Dambach*) und zieht zum Vergleich die Typenlehren von *C. G. Jung* und *E. A. Jaensch* heran. Er kommt nun zu seinen eigenen Versuchen an 5 Erwachsenen und 7 Knaben, letztere aus *Dambachs* Vpn. ausgewählt. Ihre Photographien sind beigefügt. Geprüft wurde die Deutung von Klecksbildern nach dem *Rorschach*-Verfahren, die Bildung von Gedächtnishilfen und der Assoziationsverlauf. Es fanden sich bestimmte charakteristische Merkmale für Zyklothyme und Schizothyme. Z. B. zeigten die zyklothymen Kinder beim *Rorschach*-Versuch eine größere Häufigkeit der Deutungen, Lockerheit der Formvorstellung und Fehlen schärferer Formkritik, in Assoziationsversuchen größeren Reichtum an Assoziationsbrücken und lockere Struktur der Vorstellungs-, Begriffs- und Wertungskomplexe im zentralen Faktor, bei den Gedächtnishilfen eine Fülle von weitreichenden, leicht variierbaren Leitmotiven und leichtere Durchführung eines dramatischen Zusammenhangs, beim Finden von Überschriften die Fähigkeit, auch das Fernerliegende dem Gesamtbild einzupassen, und weitgefaßte Überschriften. Verf. kommt zu dem Schluß, daß die angestellten experimentellen Untersuchungen die *Kretschmer*sche

Typenlehre bestätigen, daß aber die bisherigen experimentellen Arbeiten nur ein erster Vorstoß in das Gebiet echter Anlagefaktoren sind.

Enke (61) hat die Eigenart der Psychomotorik bei den *Kretschmer*schen Konstitutionstypen untersucht und kennzeichnende Unterschiede gefunden. Bei den Pyknikern waren die Bewegungen flüssig, frei von Sperrung und affektiven Gegentendenzen, bei den Leptosomen fein, abgemessen, aber oft steif, eckig und durch innere Spannung beeinflußt, bei den Athletikern auch inneren Spannungen unterworfen, aber ohne die Vorzüge der Leptosomen. Die Untersuchung erfolgte vor allem mit der Schriftwage, daneben mit dem Tremometer und mittels der Aufgabe, ein vollgefülltes Glas Wasser zu tragen.

Im Anschluß an frühere Versuche (Z. Neur. *114*, 1928) untersuchten *Enke* und *Heising* (62) an den Konstitutionstypen die Fähigkeit der Vpn., ihre Aufmerksamkeit gleichzeitig auf 2 nebeneinander auszuführende Leistungen zu richten (»Spaltungsfähigkeit«). Sie fanden ebenso wie früher schlechtere Leistungen bei den Pyknikern, zum Teil wegen ihres schlechteren Abstraktionsvermögens, zum Teil aber auch — bei Versuchen mit farbigen Figuren — wegen ihrer großen Empfindlichkeit Farbenreizen gegenüber. Leptosome und Athletiker zeigten eine Neigung, eigene Phantasieprodukte anzubringen, und wurden durch Festlegung der Zeit bei den Versuchen, im Gegensatz zu den Pyknikern, schlecht beeinflußt. Das Lebensalter hatte keinen grundsätzlichen Einfluß.

Die für weitere Kreise bestimmte Abhandlung von *Friedemann* (68), welche Bau und Bewegung der Hand zum Konstitutionstypus in Beziehung setzt, holt weit aus. Verf. gibt zunächst eine Skizze der *Kretschmer*schen Lehre von den Körperbautypen und wendet sich dann zur Charakterkunde. Da ihn die bisherigen Aufstellungen der Charakterologie nicht befriedigen, sucht er nach einer klareren Einteilung der Charaktere. Er findet sie in seiner »Drei-Flächen-Gruppierung«. Diese erfaßt den Charakter subjektiv (wie er sich seinem Träger darbietet), objektiv und milieugemäß (wie ihn die Mitmenschen sehen), verfolgt die Charakterformen auf den Gebieten von Intellekt, Affektivität und Aktivität und sucht schließlich Präsenz (momentanen Zustand), Provokationsgrad (Stärke des Reaktionsablaufes) und Dynamik (Kraftentfaltung) zu erkennen. Verf. bemüht sich nun, den Handbau für die Charakterkunde zu verwerten, und kommt zu dem Schluß, daß in der prozentualen Mehrheit ein bestimmter Handbau für *Kretschmer*s verschiedene Typen kennzeichnend ist. Er gibt eine kurze Schilderung der athletischen, »aristokratischen«, infantil-dysplastischen und pyknischen Hand und wirft schließlich einen kurzen Blick auf die Ergebnisse seiner Untersuchungen an Händen ihm unbekannter gesunder und kranker Menschen.

c) Eidetik.

Weil (274) hat im Hinblick darauf, daß sich die Eigenarten der konstitutionellen Typen nicht nur im höheren Seelenleben abspielen, sondern bis in die psychophysischen Elementarprozesse zu verfolgen sind, im Marburger psychologischen Institut eine Anzahl von Versuchsreihen mit Erwachsenen zur näheren Bestimmung von *Jaensch*s strukturpsychologischen Menschentypen, dem integrierten und dem desintegrierten, angestellt, indem er Nachbilder erzeugen ließ, und zwar teils mit, teils ohne Anwendung der Intermittenzmethode (s. Lit.ber. 1927 *Schmülling*). Er prüfte z. B. die Nachbildgröße (*Emmert*sches Gesetz), die Sichtbarkeitsdauer, den Einfluß der psychischen Selektion

(Begünstigung durch Interesse), Farb- und Gestaltänderungen, Auftreten von Bewegungserscheinungen an bildlichen Darstellungen, Einfluß von Ermüdung und berauschenden Mitteln, synaesthetische Erscheinungen u. a. Der integrierte Typus, bei dem die psychophysischen Funktionen sich gegenseitig durchdringen (verwandt mit dem eidetischen), faßte gefühlsmäßig auf, seine Nachbilder waren nicht starr wie beim desintegrierten, sondern veränderlich.

Andere Versuche *Weils* (275) an Vpn., welche verschiedene Gradabstufungen des integrierten oder nichtintegrierten Typus (*Jaensch*) darstellten, haben Änderungen ihrer Wahrnehmungen zum Gegenstand. Überall zeigte sich, daß, je größer die Integration war, desto leichter Vorstellungen in die Wahrnehmungen hineinprojiziert wurden und diese abzuändern vermochten. Am *Heckmann*schen Farbentest, bei dem ähnlich dem *Rorschach*-Versuch Farbenklexe dargeboten wurden, fanden die Integrierten leichter eine Deutung. Weiter wurden verwendet: die *Müller-Lyer*sche Täuschungsfigur, die Größenänderung des Wahrnehmungsbildes bei Aufmerksamkeitswanderungen sich drehende Spiralen, Angleichung bei verschiedenartigen Fäden und das *Aubert*sche Phänomen.

Feinere Eigenarten und Unterschiede an den Typen von *E. Jaensch* hat *Schenck* (218) bei seinen Versuchen herausgefunden. Er fahndete bei tachistoskopischer Vorführung geometrischer Figuren nach Verschmelzungs- und Bewegungserscheinungen und verwandte nebenher in gewissen Fällen die *Rorschach*-Methode. Von den Gruppen der Eidetiker, der nicht manifest eidetischen Integrierten und der Desintegrierten zeigte jede besondere Eigentümlichkeiten. Von ihnen hoben sich noch die Motoriker ab, die, wenn sie auch zu den Desintegrierten gehörten, doch starke Bewegungserscheinungen zeigten, und die wieder andersartigen Dynamiker, welche eidetische Eigenschaften vortäuschten, besonders starke Bewegungstendenzen zeigten, ein Bild im Raume »aufbauten« und in Weltanschauung, Naturerleben usw. charakteristische Eigenheiten aufwiesen.

Über die Unterschiede von *E. Jaensch*s Typen hat *Oswald Müller* (178) größere Versuchsreihen angestellt, welche erforschen sollten, wie sich die Typen unvollständigen Gesichtseindrücken gegenüber verhalten, insbesondere wie weit sie diese durch eigene Zutaten vervollständigen. Die Unvollständigkeit der dargebotenen Reize beruhte teils in der kurzen Zeit der Darbietung, teils in der unvollständigen Ausführung der Figuren. Die Integrierten neigten dazu, das Reizbild als sinnvolles Ganze aufzufassen, die Teilstücke aber zu vernachlässigen, die Desintegrierten zeichneten sich durch objektive Treue und Beachtung der Teilstücke aus. Kinder verhielten sich wie erwachsene Integrierte, in der Pubertätszeit schwankte die Art. Die Eigenart der Integrierten wird mit ihrer Suggestibilität und ihrer lebhaften Phantasie in Zusammenhang gebracht, sie unterliegen leicht der momentanen Einstellung und sind zu rascher Umstellung fähig, ihre Aufmerksamkeit ist nicht so eng begrenzt und starr, wie die der Desintegrierten. Über Typen nach *Jaensch* s. auch u. *Oeser* (S. 94*).

III. Sinneswahrnehmung.

Zur Nachprüfung von Versuchen *M. Wertheimer*s hat *Steinig* (244) im Frankfurter Institut Versuche über Bewegungserscheinungen angestellt, welche auftreten, wenn tachistoskopisch mit kurzer Pause entweder 2 ver-

schiedene Bilder oder ein und dieselbe Figur zweimal, das zweitemal aber auf einem gegen den ersten etwas verschobenen Ort dargeboten wird. Er fand, daß vielfach die tatsächlich gar nicht dargebotenen Zwischenstufen zwischen den beiden Gesichtseindrücken wirklich wahrgenommen wurden, das Wahrnehmungsbild also den Sehraum durchwanderte. Bei perspektivisch gezeichneten Körpern war das Phänomen besonders deutlich, ebenso wenn Bilder lebender Objekte in zwei stark verschiedenen Phasen ihrer natürlichen Bewegung gezeigt wurden.

In einer neuen Serie von Abhandlungen »Über Schichtenstruktur und Entwicklungsgeschichte der psychophysischen Organisation (Auf Grund neuer Untersuchungen über das *Purkinje*sche Phänomen und das Verhältnis des Tagessehens zum Dämmerungssehen)« setzt *E. Jaensch* frühere Forschungen (s. Lit.ber. 1928, S. 81*, 126) fort. In einem Vorwort (111) berichtet er selbst über früher angestellte Versuche an 2 Eidetikern, aus denen sich ergab, daß auch Anschauungsbilder das *Purkinje*sche Phänomen (wonach in der Dämmerung blaue Töne heller erscheinen als rote) erkennen lassen. Die erste Abhandlung von *Broer* (40) untersucht nach einer ausführlichen Beschreibung des *Purkinje*schen Phänomens und der darüber aufgestellten Theorien die Erscheinung der Verschiebung des Farbtones eines Nachbildes nach Blauviolett, wenn es in einem dunklen Raum erzeugt wird. Die 2. Abhandlung kommt dann auf das eigentliche Thema: *Purkinje*sches Phänomen im Nachbild. Es ergab sich das Auftreten dieses Phänomens schon im Hellen, im Dunkeln aber verstärkt. Verf. zieht daraus Schlüsse auf seine Entstehungsursache und die darüber aufgestellten Theorien.

Brunswik und *Kardos* (41) verteidigen *K. Bühler*s Duplizitätstheorie und wenden sich gegen Anschauungen von *D. Katz* über Farbenwahrnehmung, deren Mängel nach ihrer Ansicht gerade dadurch bedingt sind, daß er das Duplizitätsprinzip nicht berücksichtigt.

Theodora Haack (91) knüpft an den Streit an, der darüber geht, ob Kontrast und Farbenkonstanz zusammengehören. Ihre Versuche bringen zunächst eine Bestätigung der »Feldgrößensätze« von *D. Katz* (Änderung der Transformationserscheinungen mit der Größe des überblickten Teiles der Außenwelt) für das Nachbild, weisen dann nach, daß sie sich nicht auf den farbigen Simultankontrast erstrecken, auch nicht auf den Flimmerkontrast. Weitere Versuche ergaben, daß im Gegensatz zu den Transformationserscheinungen der Kontrast von der Beleuchtungsstärke fast völlig unabhängig ist. Die letzten Versuche haben den Tiefenkontrast zum Gegenstand; sie genügen aber, sagt Verf., noch nicht zur Aufstellung einer positiven Theorie, es sei zunächst nötig, weiteres Material zu sammeln.

Schoppe (228) hat frühere Untersuchungen über das Augenmaß an Erwachsenen und Kindern fortgesetzt u. zw. mit bewegtem und unbewegtem Auge, im direkten und indirekten Sehen, in verschiedenen Perimeter-Ebenen, an farbigen und ungefärbten Strecken. Es mußten Strecken verglichen oder halbiert werden. Er fand z. B. die Neigung, in der Horizontale die rechten Teilstrecken zu unterschätzen und als Wirkung des blinden Flecks eine Unterschätzung der temporalen Seite. In der rechten oberen Hälfte des Gesichtsfeldes fand eine starke Überschätzung, in der linken unteren eine starke Unterschätzung statt. — Der mitgeteilte Augenapparat ist eine Verbesserung des bekannten *Lehmann*schen.

Lindworsky (151): Zur Erklärung der Gestalttäuschungen sind verschiedene Theorien aufgestellt worden. Manche nehmen eine Urteilstäuschung an, manche eine Wirkung der physiologischen Vorgänge im Sinnesorgan oder — wie die physikalische Gestalttheorie — in seinem Gehirnzentrum, noch andere eine Wirkung reproduktiver Faktoren. Verf. läßt alle nicht gelten, gelangt seinerseits vielmehr im Anschluß an *H. Werner* zu der Annahme einer »auffassungsgemäßen freien Lokalisation«. Danach haben wir beim Aufbau unserer Wahrnehmungswelt die Tendenz, den »Sinn« einer Figur hervorzuheben, das Wesentliche zu erfassen. Die Aufmerksamkeit spielt eine große Rolle, die Ortswerte der Netzhaut sind nicht zwingend. Wir gelangen bei der Wahrnehmung zunächst zu einem leitenden Schema des Gegenstandes. Erlangt nun bei diesem ein Zug eine besondere Betonung, so wird er bei der Ausgestaltung der Wahrnehmung unter Benachteiligung der übrigen besonders hervorgehoben. Dadurch kommt es in den bekannten Fällen zur Wahrnehmungstäuschung.

Natalie Förster (67) hat die Vorherrschaft des Gesichtssinnes bei der Raumwahrnehmung durch die Spiegelzeichnungsmethode nachgewiesen. Bei dieser wird eine im Spiegel gesehene Figur nachgezeichnet, wobei nur das Spiegelbild der Zeichnung mit den Augen kontrolliert werden kann.

In der von *Fritz Giese* herausgegebenen »Arbeitsreihe zur Kulturpsychologie und Psychologie der Praxis (Psychotechnik)« beschäftigt sich ein Heft von *Anschütz* (6) mit dem Farbe-Ton-Problem, mit den »Sonderphänomenen komplexer optischer Synaesthesien (»Sichtgebilden«)«. Das Buch bringt die Veröffentlichung eines besonders bemerkenswerten Falles von synoptischen Erscheinungen *(Eduard Reimpell)*. Verf. schickt eine kurze Beschreibung und Auswertung der Erscheinung der Synästhesie voraus, bringt dabei ausführlich ein in Form eines Fragebogens angelegtes Untersuchungsschema für solche Personen zum Abdruck. An der Hand dieses Schemas werden nun *Reimpells* seelische Eigenschaften genau geschildert. Die synoptischen Erscheinungen können bei ihm durch alle möglichen Eindrücke veranlaßt werden, durchaus nicht nur durch Gehörswahrnehmungen, sondern auch durch Eindrücke anderer Sinnesorgane und vor allem durch Vorstellungen, Stimmungen und Gefühle. Sie treten auf als farbige sehr bunte Gebilde eigener phantastischer Form, manchmal dekorativen oder auch geometrischen Figuren ähnelnd, vielfach in Bewegung begriffen. In den von Reimpell dazu gelieferten Erläuterungen werden sie manchmal mit bekannten Gegenständen verglichen oder es wird ihnen eine abstrakte Deutung beigelegt. Eine Anzahl solcher Sichtgebilde, von *R.* gemalt, sind als Tafel beigefügt. Alles in allem haben wir hier einen wertvollen Beitrag zu diesem interessanten Problem.

Maria Bos (34): Überlegungen und Versuche über das Farbenhören. Verf. bespricht kritisch die Literatur dieser Erscheinung. Bei einer Zettelenquete, die sie selbst an 550 Elementarschülern von 9—13 Jahren über die Zuordnung von Farben zu den Zahlen von 0—21 angestellt hat, ergab sich, daß etwa 15—20% der Kinder irgendeine Form von Zahlchromatismen besaßen, von diesen aber nur knapp die Hälfte in festerer Verbindung. Als Pseudo-Farbenhörer werden die bezeichnet, welche nur den Schein des Farbenhörens erweckten, indem sie einmal in zufälliger Wahl Farben zuordneten. Es wurden noch individuelle Besonderheiten, z. B. die Beziehung zu eidetischen Anschauungsbildern, geprüft.

Im Anschluß an frühere Untersuchungen von *D. Katz* (s. auch Lit.-ber. 1927 *Kietzmann,* 1928 *Petzoldt*) hat v. Goetzen (77) im Rostocker Institut neue Versuche über die Bedeutung der Vibrationsempfindungen beim Perkutieren angestellt. Er bediente sich des »Perkussionsphantoms«, d. h. eines hohlen Holzkastens mit schalldämpfenden Bleieinlagen, und schaltete bei einer Versuchsreihe das Gehör durch einen Lärmapparat aus. Es ergab sich, daß auch in dem letztgenannten Fall Dämpfungsfiguren perkutorisch einigermaßen richtig bestimmt werden konnten.

IV. Denken.

a) Denkablauf und Begriffsbildung.

Die tachistoskopischen Leseversuche von *Oeser* (189) sollen einen Beitrag zu der Frage liefern, ob bei einer kurzen Darbietungszeit das Lesen auf Grund der optischen Gesamtform des Wortes oder durch Erkennung einzelner Buchstaben zustande kommt. Es wurden zunächst kurze und lange, sinnvolle und sinnlose Wörter dargeboten, sodann bekannte Wörter, bei denen einzelne Buchstaben durch falsche ersetzt waren, wobei in einigen Reihen durch Residuenbereitschaft oder durch ein mitexponiertes Bild (z. B. ein Ziegenbock mit der Unterschrift Ziegnedock) das Übersehen der falschen Buchstaben besonders nahegelegt worden war. Die Verhaltungsweise der Integrierten und der Desintegrierten (*Jaensch*) war ganz verschieden. Bei jenen überwog die Ganzauffassung, sie suchten gefühlsmäßig sinnvolle Zusammenhänge, während diese gewissenhaft objektiv arbeiteten und buchstabierend vorgingen. Die Einzelheiten der seelischen Vorgänge, Einstellung, Umstellung, Aufmerksamkeit, Perseveration werden genau besprochen.

Sell (239) setzt auseinander, wie man *Alfred Adler*s Lehre von dem durch *Marbe* herausgearbeiteten Begriff der »Einstellung« aus verstehen kann. Eine Einstellung besonderer Art ist der Fanatismus und ein solcher erfüllt *Adler*. Durch seine Studien über Organminderwertigkeit als Ursache von Erkrankungen (Neurosen) und über das Bestreben des Organismus nach Kompensation dieser Schäden war er so auf diesen Mechanismus eingestellt, daß er ihn auf die ganze Lebensführung des gesunden Menschen übertrug.

Durch die 1924 eingeführte Einrichtung, daß im Schwurgericht nicht nur die Geschworenen, sondern auch die Richter das Schuldurteil fällen, ist der Verhandlungsleiter mit einer neuen Aufgabe belastet worden, indem er auch die Beratung über die Schuld zu leiten und die Laien dabei über die Rechtsfragen zu belehren hat. Nach *Oetker*s (190) Ansicht ist er bei der Hauptverhandlung durch die Beweisaufnahme so sehr in Anspruch genommen, daß er nicht so gut imstande ist, die Ergebnisse zu verwerten, wie ein juristischer Beisitzer. Nach *Oetker*s Ansicht wäre es besser gewesen, den Vorsitzenden zur Beratung des Schuldspruchs nicht hinzuziehen. Verf. bezieht sich auf *Marbe*s Forschungen über Einstellung und Umstellung.

Mit der Einstellung befaßt sich auch die oben besprochene Arbeit von *Schultze* (232) (S. 85*).

Die mit Hilfe eines Grammophons angestellten Versuche von *Engelhardt* und *Gehrcke* (60) verfolgen die Fähigkeit des Menschen, undeutliche Sprachlaute richtig aufzufassen bzw. sinnvoll zu ergänzen. Durch Vergleichung der Leistungen an sinnlosen und sinnvollen Texten ergab sich,

daß Vokale sicherer aufgefaßt werden als Konsonanten, sinnvolles Material infolge unbewußter Kombinationstätigkeit beim Hören besser als sinnloses.

Eidens (59) hat sich die Aufgabe gesetzt, den psychologischen Ablauf bei der Schlußbildung näher zu verfolgen. Er hat zu diesem Zweck den Vpn. 22 Arten unmittelbarer Schlüsse — aus der Konversion, der Kontraposition, der Subalternation, der kontradiktorischen und der konträren Beziehung — aufgegeben, hat über die inneren Erlebnisse der Vpn. bei den Schlußbildungen Protokolle aufgenommen und diese nachher eingehend zergliedert.

Die groß angelegte Arbeit von *Berger* (16) will in ihren beiden ersten Teilen zeigen, wie unser Wahrnehmen nicht nur in einem Erfassen von Sinnesreizen besteht, sondern wie dabei gleichzeitig stets das Denken strukturierend eingreift, das durch die Sinne Gegebene logisch gliedert und eine Einordnung in die Denkkategorien besorgt. Der 1. Teil stellt hierüber grundlegende Erwägungen an und nimmt zu hervorragenden philosophischen Theorien Stellung. Der 2. Teil geht an der Hand von Beispielen der Frage nach, wie sich diese Denkleistungen in der Jugend des Menschen entwickeln. Hierzu dienen einmal Kinderaussprüche, die der Literatur, insbesondere *W. Stern* entnommen sind, sodann Schilderungen, welche in der Reifezeit stehende Vpn. über eine besonders ausgesuchte Filmdarstellung (Schicksal eines Bergsteigers und seiner Familie) gaben. Der 3. Teil bringt eine pädagogische Auswertung.

Der 4. Teil der Arbeit des inzwischen verstorbenen *Joseph Petzoldt* (198) bringt seine Untersuchungen, welche hauptsächlich die Bedeutung des Begriffs für das gesamte Seelenleben klarstellen sollen, zum Abschluß (s. Lit.ber. 1926 bis 1928). Der vorliegende Teil befaßt sich im wesentlichen mit dem Bewußtsein, der Aufmerksamkeit und den logischen Denkgesetzen. Bei der Zergliederung des Bewußtseins gelangt Verf. dazu, neben Empfindungen, Empfindungsreproduktionen und Begriffen noch einen weiteren Faktor anzunehmen: das »Wissen« von diesem seelischen Geschehen. Er geht dann in eine genauere Untersuchung des »Ich« ein, findet als Grundlage dafür in uns eine Ich-Empfindung, welche mit der Zeitvorstellung eng verbunden ist. Das gesamte Bewußtsein besteht demnach aus dem korrelativen Paar: Ich — Zeit — Wahrnehmung und Bewußtseinsinhalt. Der mechanistische Standpunkt des Verf. tritt hier wieder deutlich zutage: »Das Ich hat nicht eine irgendwie leitende Stellung, es ist nichts 'tätiges'; es gibt keine 'psychische Aktivität'. Das Ich ist nur ein Ereignis, ein Geschehen, wie alle anderen Bewußtseinsinhalte.« Die Ausführungen über die Aufmerksamkeit knüpfen eng an die Begriffslehre an und nähern sich *G. E. Müllers* Lehre von der kollektiven Aufmerksamkeit. Die Anschauung der Reziprozität von Umfang und Intensität der Aufmerksamkeit wird bekämpft. Die logischen Sätze ergeben sich dem Verf. als zwanglose Folgerung aus seiner Begriffslehre. — So hat der Verf. in den 4 Teilen seiner Arbeit das gesamte seelische Geschehen unter einer bestimmten Beleuchtung sorgfältig zergliedert und alles einander angepaßt. Es ist zweifellos eine bedeutende Forscherleistung.

Bürger (47) bespricht in kritischer Einstellung die ganze Frage des Unterschiedes von »rechts« und »links«. Er beschäftigt sich zunächst ausführlicher mit der Bevorzugung einer Hand, der Rechts- bzw. Linkshändigkeit, weist auf verschiedene Irrwege der Forschung hin und kommt auf

Grund neuerer Arbeiten zu dem Schluß, daß hier nicht ein starrer Unterschied vorliegt oder gar die Linkshändigkeit eine Degenerationserscheinung darstellt, sondern daß sich hier aus dem Bedürfnis einer Führerschaft, welche eben von der linken Gehirnhälfte übernommen wird, eine höhere Differenzierung ausgebildet hat, die erst im Laufe der Kindheit ihre Festigung erfährt. Ein zweiter Teil der Abhandlung beschäftigt sich mit der Rechts- und Linksorientierung im Raum.

b) Gedächtnis.

Gottschaldt (79) setzt frühere Versuche fort, welche die Wiedererkennung einer Figur in einer komplizierteren, die erstere gestaltlich auflösenden Figur zum Gegenstand hatten. Er findet auch jetzt wieder, daß häufige Einprägung der ersten Figur wenig Einfluß hat, daß sich diese aber entschieden steigert, wenn die Vp. durch Einspannen des Vorgangs in eine Prüfsituation innerlich eine besondere Richtung erfährt. Bei weiteren Versuchen wurde die Situation so geändert, daß die zweite Figur nicht plötzlich erschien, sondern im Schwellengebiet allmählich entstand. Schließlich wurde noch die Wirkung von Pausen untersucht. Es zeigte sich überall die Stärke der figuralen Gestalt, die schwer zu überwinden war.

Lindworsky (150) will Einwände entkräften, welche gegen seine Theorie des Vorganges der Reproduktion (»Resonanzanalogie«) erhoben worden sind, vor allen den, daß es zu einer chaotischen Reproduktion kommen müsse, wenn sich bei Wiedererregung eines nervösen Elementes grundsätzlich die Tendenz geltend machen soll, alle Elemente zentral zu erregen, die eine gemeinsame Zeitdisposition tragen. Er verweist auf die Bedeutung der Aufmerksamkeit und des Sinnzusammenhanges für das Zustandekommen einer Reproduktion, sowie darauf, daß bei Erregung einer zu großen Zahl von Dispositionen die psychophysische Energie so verdünnt würde, daß überhaupt keine Reproduktion zustande käme, wie es bei den gewöhnlichen Masseneindrücken des Alltags der Fall ist.

An einem persönlichen Beispiel sucht *Sommer* (243) zu ergründen, wie sich die Erinnerung an ein vergessenes Wort nach und nach wieder einstellt.

Die Untersuchungen von *Galley* (73) schließen sich an Versuche von *Hans Henning* über Residuenbereitschaft, von *Ranschburg* über Benachteiligung gleichzeitig tachistoskopisch dargebotener Reize bzgl. der Erkennbarkeit und von *Liewers* über Fehlertendenz an; sie gelten daneben der Frage: welches Verhältnis besteht zwischen bestimmten Eigenschaften von Gegenständen und den diesen Gegenständen entsprechenden Residuen; also: »Bilden Farbe und Größe integrierende Bestandteile der Residuen oder nicht?«. Es wurden tachistoskopisch Gruppen von Buchstaben dargeboten. Die förderliche Wirkung einer vorhergehenden Vorbereitung einzelner Buchstaben war deutlich zu erkennen, und zwar wirkte die wissentliche Vorbereitung sehr viel stärker als die unwissentliche, aber kürzer und nur bis zur Erledigung ihrer Zweckbestimmung. Bei verschiedenfarbigen und verschiedengroßen gleichen Buchstaben ließ sich eine Verminderung der Fehlertendenz nur bei Beachtung der Farbe bzw. Größe nachweisen.

c) Intelligenz.

Das Heft des Pädagogischen Magazins von *Ziehen* (293) über Wesen und Erforschung der Veranlagung, welches in 4. Auflage vorliegt und in

dieser namentlich am speziellen Teil eine erhebliche Erweiterung erfahren hat, ist durchaus originell abgefaßt und daher vor allem für den wertvoll, der nicht nur mechanisch nach einem Schema prüfen will, sondern in Sinn und Wert der Begabungsprüfungen eindringen möchte. Verf. steht den üblichen Begabungs- und Intelligenzproben überaus kritisch gegenüber. Hält er doch (S. 22) von den weit über 150 empfohlenen Proben kaum mehr als 2 Dtzd. für bewährt. Auch das *Binet-Simon*-Verfahren erscheint ihm »vollends bedenklich« und mit graphischen Verfahren, wie dem *Rossolimo*schen Profil, sei man, sagt er, neuerdings oft sehr voreilig vorgegangen. Der Inhalt des Heftes gliedert sich in 3 Abschnitte. Im ersten wird die Beanlagung begrifflich abgegrenzt und wird im einzelnen zergliedert, was geprüft werden muß. Der zweite Abschnitt bespricht die Bedingungen einer systematischen Begabungsprüfung und übt Kritik an den einzelnen Proben. Der dritte und Hauptabschnitt bespricht im Speziellen die verschiedenen Prüfungen der einzelnen Beanlagungen, der mathematischen, zoologisch-botanischen usw., ferner z. B. der Beanlagung am mechanischen Webstuhl, der praktischen Intelligenz, der Koordination, der Gefühls- und Willensprozesse. Das Werk enthält eine Fülle von Erfahrungen und Kritik und sollte von keinem ungelesen bleiben, der auf diesem Gebiete arbeitet.

Die Arbeit von *Breu* (38) aus dem Würzburger Institut bringt die systematische psychologische Untersuchung eines erblich belasteten 13jähr. Knaben mit angeborenem Schwachsinn. Untersuchungsmethoden schlossen sich an *Binet-Simon* und *Rossolimo* an, daneben erfolgte eine über 2 Jahre ausgedehnte Beobachtung mit Unterstützung der Erzieher und Lehrer der Erziehungsanstalt, in welcher der Knabe untergebracht war. Die Arbeit gipfelt in der Aufstellung einer Prognose und eines Bildungsplanes.

Burgard hat in seiner Würzburger Dissertation (48) eine Testreihe zur Prüfung der allgemeinen Intelligenz Erwachsener ausprobiert, welche verschiedene Unvollkommenheiten und Fehler der bekannten Intelligenzproben vermeiden soll. Er legt *Marbe*s Anschauung zugrunde, daß, wie die ganze Persönlichkeit des Menschen, so auch die Intelligenz nicht nur auf den angeborenen Anlagen, sondern auch auf seinen Erlebnissen, seiner Umgebung und der Übung beruht, und daß sie eine zeitlich bedingte ist, indem körperliche Verfassung und seelische Einflüsse ihre Leistungen fortdauernd ändern (Disponiert-sein). Die verwendeten Tests sind: 1. Gruppieren von Gegenständen. 2. Erschließen von Vorgängen und Zuständen auf Grund gegebener Tatsachen (z. B. schief gebrannte Kerze). 3. Erledigung von Aufträgen, welche bestimmte Überlegungen erfordern. 4. Finden von Bildüberschriften. 5. Zusammensetzen von Bildschnittstücken. 6. Figurenlegen aus Stäbchen. Verf. glaubt, daß seine Testreihe den Erfordernissen genügt und zieht aus seinen Versuchen allgemeine Schlußfolgerungen.

V. Gefühl und Willensleben.

An Beobachtungen bei Hirngeschädigten knüpft *Goldstein* (78) seine Erklärung über die Angst an. Nach seiner Ansicht ist die Angst nicht lediglich aus dem seelischen Erlebnis zu verstehen, vielmehr nur aus dem gesamten körperlich-seelischen Organismus zu erklären: »Die Angst tritt dann auf, wenn die Verwirklichung von der ‘Wesenheit’ eines Organismus entsprechenden Aufgaben unmöglich geworden ist.« Von Angst ist Furcht

zu unterscheiden, diese bedeutet die Besorgnis vor dem Eintreten von Angst. Verf. führt seine Anschauung über Angst für einzelne Fälle durch, so für ihr Auftreten bei seelischen und körperlichen Krankheiten, im Leben des Normalen, beim Säugling und Tier und schließt mit einer Kritik von *Freuds* Ansicht.

Charlotte Bühler hatte in ihrer Arbeit über die beiden Grundtypen von Lebensprozessen (s. Lit.ber. 1928) auch *Lewins* Anschauungen angegriffen. Dieser antwortet darauf (148), indem er *Ch. Bühlers* Behauptungen unter die Lupe nimmt und Erwägungen über die Handlungen des Menschen daranknüpft. Er stellt einerseits die Behauptung richtig, daß er den subjektiven Faktor, der die Handlungen von der Seite des Handelnden aus bestimmt, vernachlässige, sieht andererseits aber doch einen Gegensatz zwischen seiner und *Ch. Bühlers* Meinung darin, daß er den Faktor der Umwelt höher einschätzt und hält es nicht für richtig, auf die Verschiedenheit des seelischen Geschehens eine grundsätzliche Duplizitätstheorie zu gründen. Seine Ausführungen zielen besonders auf eine genauere Klärung des »Bedürfnisses« ab.

Zoepffel (295) hat untersucht, wie weit für Säuglinge *Marbes* Wiederholungssatz Gültigkeit hat, nach welchem trotz der Wirkung der momentanen Disposition die Reaktion des Menschen auf Grund endogener Anlagen im wesentlichen gleich bleibt. Er verwendete zu seinen Versuchen Reize verschiedener Art, welche in Zwischenräumen wiederholt wurden. Die Konstanz der Reaktion war bei den einzelnen Versuchssäuglingen verschieden, und teilweise schon recht erheblich. Es ließ sich für jeden Säugling ein Rangplatz der Konstanz und eine Beschreibung seiner Reaktionsarten aufstellen, welche in einem »Psychogramm« kurvenmäßig übersichtlich darzustellen war.

Nach *Piklers* (201) Beobachtung haben wir bei der Absicht, einen Körperteil zu bewegen, den Eindruck, daß der Wille an dem Punkte des Körperteiles angreift, welcher bei der gewollten Bewegung vorangeht, z. B. beim Beugen des Kopfes an der Stirn, beim Ausstrecken der Zunge an deren Spitze. Beachtenswert erscheint ihm, daß diese Punkte nicht durch eine dynamische Bevorzugung gekennzeichnet sind, wohl aber durch ihre Bedeutung für die Auffassung.

Unter Physiognomie eines Wortes versteht *Werner* (278) den Ausdruck, der dem Wort anhaftet, bzw. den Eindruck, welchen es auf uns macht, indem sein Lautklang und sein Sinn zusammenwirken. Verf. erläutert die Voraussetzungen einer solchen Physiognomik sorgfältig und führt sie an der Gegenüberstellung einer Anzahl von Beispielen aus der deutschen und einer fremden Sprache durch. Während z. B. das Wort »Seife« etwas Schmieriges an sich hat, klingt »savon« nach einem festen Stück Toilettenseife.

Wolff (285) sammelt aus der Literatur eine größere Anzahl von Beispielen für das Bildhafte, Plastische und Konkrete der Sprache der Primitiven und des Kindes, wie es sich auch bei Künstlern, Asozialen und Geisteskranken findet, so bei der Ideenflucht und beim schizophrenen Denken.

Das Lehrbuch der Handschriftenbeurteilung des verstorbenen Prof. der vergleichenden Pathologie an der Universität Kiel, *Georg Schneidemühl* (227), ist in seiner ersten Aufl. 1911 erschienen, als es noch kaum wirklich

wissenschaftliche Bücher über Graphologie gab. Als der Verf. 1928 starb, war die vorliegende zweite Auflage im wesentlichen fertiggestellt. *G. H. Müller* hat sie herausgegeben und eine Biographie *Schneidemühls* vorangeschickt. Das Bild des Verf. schmückt das Buch. Dieses ist das Ergebnis ausgedehnter eigener Studien, welche sich auf weit über 300000 Handschriften der verschiedensten Art erstrecken. Als Physiologe und Pathologe, als »methodischer Diagnostiker« beachtet Verf. den psychologischen Zusammenhang in der Gesamtbewegung (in allen Schwankungen von der Jugend bis zum Alter), die sich vom Zentrum des Nervensystems in die äußere Bewegung — auch des Schreibens — fortsetzt. Es gilt, in der Schrift dieses Ganze in der individuellen Eigenart zu erkennen, nachzufühlen und zu »sehen«. Das Buch zerfällt in einen allgemeinen Teil, der die wissenschaftlichen Grundlagen und die praktische Verwertung der Handschriftenkunde umfaßt, darunter auch die gerichtliche Handschriftenvergleichung, und einen besonderen Teil, der zunächst die Handschriften der Lebensalter, der Geschlechter, der Berufsstände, der Zeitalter, der Völker bespricht und den Verbrecherhandschriften einen besonderen Absatz widmet. Ganz ausführlich werden dann die einzelnen Kennzeichen der ganzen Handschrift und der Buchstaben erläutert. Nicht weniger als 267 Faksimiles sind in den Text eingefügt und verdeutlichen die Ausführungen. Es ist von besonderem Wert, daß wir hier das Werk eines Menschen vor uns haben, der selbst rastlos am Aufbau eines Wissenszweiges gearbeitet hat, welcher erst auf dem Wege war, Wissenschaft zu werden. Verf. ist nicht Psychologe vom Fach. Daß vieles seinen persönlichen Stempel trägt, ist ein Vorzug, aber auch ein Nachteil. Gar manches wird nicht allgemeine Billigung finden. Nur wer kritisch zu lesen versteht, wird aus der Lektüre Nutzen ziehen können.

Maria Schorn (229) hat verschiedene Prüfungen angestellt, wie Drahtbiegen, Plastilinformen, Perlenaufreihen, und die Korrelationen der Leistungen berechnet. Sie kommt zu dem Schluß, daß der komplexe Begriff der Handgeschicklichkeit in 3 Komponenten zu zerlegen ist: 1. Handfertigkeit (Formenbilden), 2. schnelle, geschickte Bewegung der Hände und Finger, 3. vorsichtiges und geduldiges Operieren. Es bestehen Unterschiede bei den Personen und den Geschlechtern. Verschiedene seelische Faktoren wirken mit.

Die beiden Untersuchungen, welche *Hildegard Hetzer*, unterstützt von ihren Mitarbeitern, unternommen hat, wollen die Reizzuwendung des Kindes in den beiden ersten Lebensjahren genauer erforschen. Während, wie *Löwenfeld* nachgewiesen hat, beim Kleinkind die Zuwendung zu akustischen Reizen vom 3. Lebensmonat an abnimmt, konnten *H. Hetzer* und *H. Beaumont* (102) nachweisen, daß die Kurve für optische Reize im 1. Lebensjahr andauernd ansteigt, besonders mit dem Zeitpunkt, an welchem die Kurve für akustische Zuwendung bedeutend absinkt. Sie untersuchten daneben die Art des aufgelösten Affektes, den Grad der Aktivität des Verhaltens, insbesondere, ob das Kind sich zu dem Gegenstand schauend oder greifend verhielt. Das Greifen nach ihm nimmt danach im 1. Lebensjahr mit dem Alter zu. Im Laufe des zweiten Lebensjahres aber nimmt, wie aus den Versuchen von *Hd. Hetzer* und *E. Wiedemeyer* hervorgeht, das Interesse an aufmerksamer Betrachtung wieder zu und das Hantieren mit dem Gegenstand tritt zurück. Sie stellten ferner fest, daß »frühestens das Anderthalbjährige Bilder verstehen lernt und wir erst beim Zweijährigen mit Bildverständnis

rechnen dürfen«. Bildverständnis und Fähigkeit, sich sprachlich über das Bild zu äußern, traten zu gleicher Zeit in Erscheinung.

Käthe Stern (248): Bis zum Alter von 4 Jahren herrscht das Sinnesinteresse vor, später das intellektuelle (Schreiben, Rechnen, Lesen).

Marbe (165), der schon mehrfach in verdienstlicher Weise die Wissenschaft der Psychologie praktischen Fragen dienstbar gemacht hat, beginnt hier eine systematische Untersuchung der seelischen Vorgänge, welche beim Befehlen und beim Gehorchen wirksam sind und Erfolg oder Mißerfolg bedingen. Außer Erfahrungen, welche dem Leben entnommen sind, beschreibt er einige zur Klärung dieser Fragen angestellte Experimente. Den Anlaß zu dieser Abhandlung gab ein Gutachten, das er für die Reichsbahn ausführen mußte.

Bayer (10) berichtet über Versuche mit der Futteraufnahme bei Hühnern. Abgesehen von der Futtersorte spielten äußere Umstände mit, die Art der Darreichung des Futters und der belebende Einfluß vom Tischgenossen.

VI. Kultur.

a) Medizin und Begutachtung.

Oswald Schwarz, der Wiener Forscher, beabsichtigt mit seinem Buch »Medizinische Anthropologie« (235) zweierlei: »Es soll einmal die Medizin aus ihrer künstlichen Isolierung als technisierte Naturwissenschaft befreien helfen, indem es ihr wieder die ihr gebührende Stellung in der Universitas literarum zuweist, und soll umgekehrt aus diesem Einbezogensein in ein übergeordnetes Ganzes die innere Struktur der Medizin und das Wesen ihrer Begriffsbildung erhellen.« In tiefer philosophischer Gedankenarbeit baut Verf. die Grundbegriffe der Menschenkunde und der Medizin auf. Nach längeren einleitenden Ausführungen wird zunächst die Bedeutung des Menschen in der Natur geklärt: Das Unbelebte — das Belebte — das Seelische — der Geist werden nacheinander besprochen. Es folgen Ausführungen über den Menschen als handelndes Wesen, als Schöpfer der Kultur und als Glied einer Gemeinschaft. Nach einem Kapitel über die Stellung der Anthropologie im System der Wissenschaften erfahren die Grundbegriffe der Medizin eine sorgfältige philosophische Untersuchung. Der letzte Abschnitt des Buches befaßt sich mit den geistigen Strömungen der Medizin in der Gegenwart. Psychiatrische Fragen werden vielfach erörtert, vor allem die krankhafte kindliche Entwicklung, das Gebiet der Neurosen und die Psychotherapie, z. B. die Fragen: Was ist Schuld, was ist Krankheit?, die Beziehung: Genie und Irrsinn, die Pathographik, Konstitution und Charakter, die Sexualität und vieles andere. So wird eine Fülle von Problemen, die im Interessengebiet des Arztes und des Psychiaters liegen, begriffsmäßig zergliedert. Die Ausführungen sind inhaltschwer und nicht leicht zu fassen. Wer nicht eine gewisse philosophische Schulung hat, wird Mühe haben, sich durchzuarbeiten. Bei dem in der Medizin neu erwachten Interesse an philosophischen Bearbeitungen wird es dem Buche aber nicht an Lesern fehlen, da die Lektüre außerordentlich anregend ist und alte Fragen in neuem Lichte zeigt.

Eine lehrbuchmäßige Darstellung der kriminalistischen Aussageforschung gibt *Seelig* (237). Die Ausführungen durchschreiten übersichtlich das ganze Gebiet, ohne sich in viele Einzelheiten einzulassen, abgesehen da-

von, daß gelegentlich ein Beispiel eingestreut ist. Sie fußen auf psychologischen Erwägungen und verarbeiten überall auch die Ergebnisse der neueren Psychologie. Nach einem Überblick über Geschichte und Methoden der Aussageforschung, wobei dem »Unbewußten« ein besonderer Absatz gewidmet ist, folgt eine Analyse des Zustandekommens der Aussage (Wahrnehmung — Aufmerksamkeit — Fehler und Lücken der Wahrnehmung — Halluzinationen — Verarbeitung des Wahrgenommenen usw.). Das nächste Kapitel geht näher auf die Aussage als Ganzes ein: Wahrheitswert, Aussagetypen (beschreibenden, erklärenden, gefühlsmäßigen usw.), Wert von Schätzungsangaben der Zeugen, Wiedererkennen von Personen und Sachen u. dgl. Im 4. Kapitel werden die verschiedenen Persönlichkeiten besprochen: Geisteskranke und Psychopathen, Kinder und Greise, Mann und Frau, sowie die aus Charakter und Konstitution hergeleiteten Typen (*Jung, Kretschmer, E. A. Jaensch*). Das letzte Kapitel handelt von der Begutachtung und bespricht auch, wer in Aussagefragen als Sachverständiger dienen soll.

Die Abhandlung von *Wiegmann* (282) ist eine kurze Zusammenstellung der Ergebnisse von Untersuchungen, welche in einer anderen Arbeit (281) ausführlich Darstellung gefunden haben. Die Vpn. wurden nach acht Intelligenztests geprüft, welche der Methodensammlung von *W. Stern* und *Wiegmann* entnommen worden sind. Die Kriminellen blieben hinter den Nichtkriminellen zurück, ungelernte und nicht angelernte Maschinenbauer hinter gelernten. Die 19jährigen leisteten Besseres als die älteren und jüngeren.

Seinen Beitrag für die *Ranschburg*-Festschrift leitet *Kronfeld* (139) damit ein, daß er die Verdienste des Jubilares um die Einführung der experimentellen Psychologie in die ärztlichen Untersuchungsmethoden hervorhebt. Er bespricht dann die Möglichkeiten der ärztlichen Verwendung des psychologischen Versuchs zur Erforschung der seelischen Leistungen, des Persönlichkeitstypus, seiner Erlebnisgestaltung, Reaktionsweise und Temperamentseigenart. Er geht an den Schwierigkeiten dieser Untersuchungen nicht vorüber und betont, daß die Ergebnisse nur im Rahmen der klinischen Gesamtuntersuchung zu verwerten seien. Als Beispiel beschreibt er zwei forensische Fälle, bei denen die genaue psychologisch-experimentelle Untersuchung die Sachlage klärte.

Die Bemühungen *Marbes,* die Psychologie für Aufklärung und Verhütung von Eisenbahnunglücken nutzbar zu machen, sind der Anlaß zu der Arbeit von *Grüb* (87), welcher 100 Unglücksfälle, meist nach den Gerichts- und Bahnakten, verwertet. Verf. bespricht die einzelnen psychologischen Faktoren, deren Versagen Anlaß zu solchen Unglücken werden kann, und stellt zusammen, in welcher Reihenfolge sie erfahrungsgemäß in Betracht kommen: Mangel an distributiver Aufmerksamkeit, an Umsicht, an konzentrativer Aufmerksamkeit, an Einstellung auf Dienstpflicht u. a. Einige Unglücksfälle werden kritisch genauer besprochen. Zum Schluß wird auseinandergesetzt, wie diese Ergebnisse eine praktische Anwendung zur Verhütung solcher Ereignisse ermöglichen.

Albert Schweitzer, eine der erfreulichsten Erscheinungen unter den bedeutenden Menschen unserer Zeit, kann uns stolz auf unseren Beruf machen, indem er durch sein Lebensziel die ethisch erfaßte Berufsaufgabe des Arztes über hohe künstlerische und wissenschaftliche Leistungen er-

hoben hat. *Sack* (213) erinnert uns in der kurzen Schilderung seiner Persönlichkeit und seines Schaffens daran, daß *A. Schweitzer* sich auch einmal auf psychiatrisches Gebiet begeben hat. Im November 1912 hielt er in Straßburg auf der Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte einen Vortrag »Kritik und Probleme der psychiatrischen Leben-Jesu-Forschung«, der Interesse und Beachtung fand (Allg. Z. Psychiatrie **70**, 155). Es ist gleichzeitig das Thema seiner medizinischen Doktorarbeit.

b) Pädagogik.

In der Schriftenreihe »Der Arzt als Erzieher« Heft 60 (164) berichten der Psychiater des Jugendamtes Nürnberg *Julius Mainzer* und die Leiterin des Sonderkindergartens *Lotte Geppert* über ihre 5jährigen Erfahrungen. Der Sonderkindergarten, 1923 gegründet, hat die Aufgabe »Kinder des vorschulpflichtigen Alters zu fördern, für die die enge Zusammenarbeit von Erzieher und Arzt die Voraussetzung dieses Erfolges bildete, und zwar im Sinne des reinen Kindergartens, nicht einer Schulvorstufe«. Es handelt sich in der Hauptsache um psychopathische Kinder, um Kinder mit »Regelwidrigkeiten auf dem Gebiete des Gefühls- und Willenslebens«. Das Hauptgewicht des Buches liegt auf pädagogischem Gebiet, aber das Psychiatrische kommt in dem Geist, der die ganzen Ausführungen und die geschilderten Einrichtungen durchzieht, zu seinem Recht. Das Buch gliedert sich in einen allgemeinen und einen besonderen Teil. Im ersteren wird Grundsätzliches besprochen: Welche körperlichen und geistigen Fähigkeiten gefördert werden sollen, wie weit man dem Kind bei der Tätigkeit freie Wahl lassen soll, wie weit einer bestimmten Methode gefolgt wird, was als unkindlich und schädigend vermieden werden muß u. dgl. Der umfangreichere spezielle Teil schildert ausführlich und durch Abbildungen verdeutlicht die ganze Tageseinteilung und die Kindergartenarbeit, welche unter drei leitenden Gesichtspunkten steht: 1. freie Eigentätigkeit, 2. Aufgaben (bestimmte kindliche Arbeiten), 3. Fördertätigkeit (systematische Übungen des Körpers und des Geistes, heilpädagogische Maßnahmen zur Besserung bestimmter Eigenarten, z. B. Intelligenzdefekte, Konzentrationsmangel, Zappeln, Zerstörungstrieb, Schüchternheit). Überall wird Wirkung und Erfolg genau beachtet, das Ziel echter seelischer Förderung im Auge behalten. Ein Absatz über Mütterkurse ist angefügt.

Es ist der Versuch gemacht worden, Schüler, die das Klassenziel nicht erreichen, nicht »sitzen« zu lassen, sondern in »Sonderklassen« mit geringer Schülerzahl zu versetzen, wo ihre Eigenart besser Berücksichtigung finden kann. *Felix Schlotte* (225) hat es sich zur Aufgabe gemacht, an der Hand einer Rundfrage die Eigenart des Sonderkläßlers näher zu bestimmen, die Ursachen seines Zurückbleibens, sowie die einzelnen seelischen Fähigkeiten, welche versagen, festzustellen und eine Typeneinteilung zu versuchen: Das intellektuell schwach begabte Kind — das passive — das langsame — das flüchtige — das reizbare — das einseitig unbegabte — das entmutigte. Auf die Forschungen von Ärzten, z. B. *Cimbal*, *Ranschburg* wird mehrfach verwiesen.

c) Kunst.

Maria Zillig (294) liefert eine feine und gründliche Zergliederung und Erfassung der seelischen Persönlichkeit eines frühreifen, dichterisch begabten Mädchens, ihrer intellektuellen und gefühlsmäßigen Leistungen.

Schulte (230) hat in ausgedehnten Versuchen die von *J.* und *O. Rutz* aufgestellte, von *Sievers* abgeänderte Typenlehre nachgeprüft. Die Typen sollen in der ganzen Körperhaltung sowie im Klang der Stimme ihren Ausdruck finden, und dies soll sowohl an den Werken schaffender Künstler als auch bei deren Wiedergabe zu erkennen sein. Die Werke eines Autors können danach nur dann gut wiedergegeben werden, wenn die Körperhaltung eingenommen wird, die dem Typus des Autors entspricht. *Schulte* hat verschieden gefärbte Poesie- und Prosastücke von Dichtern verschiedener Typen vortragen lassen und dabei die Atembewegung genau aufgezeichnet. Er konnte die *Rutz-Sievers*sche Lehre nicht bestätigen, fand aber, daß die Texte einen je nach Inhalt, Stimmung usw. verschiedenen Charakter deutlich erkennen lassen.

Das Heft von *Maria von Briessen* (39) aus dem Pädagogischen Magazin enthält die Ergebnisse von experimentellen Untersuchungen an 123 12 bis 19jährigen über die Entwicklung ihrer musikalischen Fähigkeiten. In seinem Vorwort hebt *Tumlirz* hervor, daß bisher wenig Untersuchungen hierüber angestellt worden sind und daß die Versuche der Verf. vor allem deshalb eine empfindliche Lücke ausfüllen, weil sie auch die späteren Jugendjahre umfassen, in denen sich die musikalischen Fähigkeiten besonders entfalten. Verf. spricht sich darüber aus, daß die bisherigen Definitionen von »musikalisch« ungenügend seien und nur Teilfähigkeiten umfaßten. Ihre Testserie berücksichtigt alle Teile des Musikalischen und eignet sich nach *Tumlirz*' Worten gut für Aufnahmeprüfungen an Musikschulen. Verf. bespricht im einzelnen, welche Bedeutung dem Rhythmus, der Harmonie und der Melodie zukommt und wie doch keines von diesen für sich besteht, sondern alle zusammen ein strukturiertes Ganze bilden. Die Testserie prüft: Absolutes und relatives Gehör sowie musikalisches Gedächtnis — Sukzessiv- und Simultanintervalle — Konsonanz und Dissonanz der Akkorde, Schlußgefühl, Dur und Moll — Melodieauffassung, Melodiegedächtnis — Harmonieauffassung — Rhythmusgefühl — Einfühlungsgabe und Phantasie. An der Hand der Versuchsergebnisse wird bei allen Aufgaben eingehend erörtert, wie sich die Fähigkeiten von Knaben und Mädchen zueinander verhalten und wie sie sich mit den Jahren entwickeln. Mit besonderer Liebe sind die Untersuchungen über Einfühlung und musikalischen Geschmack behandelt, die Gelegenheit geben, den Eigenarten der Knaben und Mädchen nachzugehen. »Der Jugendliche ... wartet, ob die Musik, die er gerade hört, in sein eigenes Reich der Phantasie hineinpaßt ...« Wichtig ist noch die Feststellung der Verf., daß die musikalische Entwicklung mit der allgemeinen Entwicklung aller geistigen Fähigkeiten übereinstimmt.

---

4. Psychotherapie und Suggestion.

Ref.: Ad. Friedemann-Berlin-Buch und Joh. Werner-Hochweitzschen.

1. *Adler, A.*, Die Individualpsychologie in der Neurosenlehre Dtsch. med. Wschr. 213 u. Internat. Z. Individ.psychol. 81
2. *Ders.*, Übertreibung der eigenen Wichtigkeit. Internat. Z Individ.psychol. 245.
3. *Ders.*, u. *H. Kogerer*, Was leistet die Individualpsychologie für die Erkenntnis, für die Erziehung, für die Therapie? Was leistet die Psychoanalyse, was leisten Suggestivmethoden? W. kl. W. 1065.
4. *Alexander, F.*, Strafbedürfnis u. Todestrieb. Internat. Z. Psychoanal. **15**, 231.
5. *Altenburger, H.*, u. *F. W. Kroll*, Suggestive Beeinflussung der Sensibilität. Dtsch. Z. Nervenheilk. **111**, 144.
6. *Bagotzky, R.*, Instinkt und Suggestion. Allg. Z. Psychiatr. **91**, 482 (S. 121*).
7. *v. Bergmann*, Zur Psychotherapie. (Zu *Prinzhorn* »Psychotherapie«) D. m. W. 946.
8. Bericht über den III. allg. ärztl. Kongreß für Psychotherapie 1928. Her. v. *Eliasberg* u. *Cimbal*. Leipzig, S. Hirzel. 326 S., 18,— M. (S. 113*).
9. Bericht über den IV. allg. ärztl. Kongreß für Psychotherapie 1929. Her. v. *W. Cimbal*. Leipzig, S. Hirzel. 200 S. 14,— M. (S. 116*).
10. Bericht über die 1. deutsche Tagung für psychische Hygiene in Hamburg 1928. Her. v. *H. Roemer*. Berlin, W. de Gruyter. 159 S., 10,— M. (S. 120*).
11. *Beritoff, J.*, Über die Entstehung der tierischen Hypnose. Z. Biol. **89**, 77.
12. *Bernfeld, S.*, Der soziale Ort und seine Bedeutung für Neurose, Verwahrlosung usw. Imago **15**, 299.
13. *Bernhardt, P.*, Hat Coué dem Arzte etwas zu sagen? Z. ärztl. Fortbildg. 731.
14. *Beth, K.*, Die Religion im Urteil der Psychoanalyse. (Freuds Kampf gegen die Religion.) Z. Relig. psychol. Jg. **2**, 76.
15. *Bibring, E.*, Klinische Beiträge zur Paranoiafrage. Internat. Z. Psychoanal. **15**, 44.
16. *Bien, E.*, Fraktionierte Analyse. Allg. ärztl. Z. Psychother. **2**, 735.
17. *Ders.*, Psychotherapie im Sanatorium. Ebd. **2**, 24, 170.

18. *Biermann, B.*, Der Hypnotismus im Lichte der Lehre von den bedingten Reflexen. J. Psychol. u. Neur. **38**, 265.
19. *Binswanger, H.*, Beobachtungen an entspannten u. versenkten Versuchspersonen. (Beitr. z. Konversionshysterie.) Nervenarzt 193.
20. *Bonaparte, M.*, Der Fall Lefebvre. Zur Psychoanalyse einer Mörderin. Wien, Psychoanal. Verl.
21. *Brauchle, A.*, Drei Jahre Klinik u. Poliklinik der Massensuggestion (Methode Coué). M. m. W. 1332.
22. *Ders.* Hypnose u. Autosuggestion. (Reclam U.B. Nr. 7028.) Leipzig, Ph. Reclam jr. 77 S., 0,40 M. (S. 112*).
23. *Bresler, J.*, Der Fastnachtsscherz der Psychoanalyse. (Die Welt ohne Zuchthaus.) Psychiatr.-neur. Wschr. 60.
24. *Brill, A. A.*, Schizophrenia and psychotherapy. Amer. J. Psychiatry **9**, 519.
25. *Brunswick, R. M.*, Die Analyse eines Eifersuchtswahnes. Wien, Psychoanal. Verl. 60 S., 2,60 M.
26. *Ders.*, Ein Nachtrag zu Freuds »Geschichte einer infantilen Neurose«. Internat. Z. Psychoanal. **15**, 1.
27. *Bychowski, G.*, Ein Fall von oralem Verfolgungswahn. Internat. Z. Psychoanal. **15**, 96.
28. *Chladwick, M.*, Die Furcht vor dem Tode. Internat. Z. Psychoanal. **15**, 271.
29. *Corrie, J.*, C. G. Jungs Psychologie. Stuttgart, Rascher & Co. 99 S., 3,10 M.
30. *Delius*, Autosuggestion u. Massensuggestion. M. m. W. 1720.
31. *Dittel, L. G.*, Psycho-physische Behandlung des Vaginismus. W. kl. W. 484.
32. *Ders.*, Über Psychotherapie in der Gynäkologie. W. m. W. 1294.
33. *Drews, A.*, Das Unbewußte in der Philosophie u. Psychoanalyse. Philos. u. Leben 341.
34. *Eder, M. D.*, Zur Ökonomie u. Zukunft des Über-Ichs. Internat. Z. Psychoanal. **15**, 192.
35. *Edinger, F.*, Aus Theorie u. Praxis der Individualpsychologie. Leitsätze. Psychiatr.-neur. Wschr. 643.
36. *Eisler, M. J.*, Über wahnhafte Selbstanklagen. Internat. Z. Psychoanal. **15**, 102.
37. *Eliasberg, W.*, u. *V. Jankau*, Beiträge zur Arbeitspathologie I. Mschr. Psychiatr. **74**, 1.
38. Erziehungsberatung. Internat. Z. Indiv.psychol. Nr. 3.
39. *Ewald, G.*, Endogene u. reaktive Verstimmungszustände in der Sprechstunde. Allg. ärztl. Z. Psychother. **2**, 281 u. 345.
40. *Fabinyi, R.*, Fortschritte der psychischen Hygiene in Ungarn. Allg. ärztl. Z. Psychother. **2**, 164.

41. *Federn, P.*, Das Ich als Subjekt u. Objekt im Narzißmus. Internat. Z. Psychoanal. **15**, 393.
42. *Ders.*, Über einen alltäglichen Zwang. Internat. Z. Psychoanal. **15**, 214.
43. *Fenichel, O.*, Eine Traumanalyse. Internat. Z. Psychoanal. **15**, 502.
44. *Ferenczi, S.*, Das unwillkommene Kind und sein Todestrieb. Internat. Z. Psychoanal. **15**, 149.
45. *Ders.*, Männlich u. Weiblich. (Genitaltheorie und Geschlechtsunterschiede.) Psychoanal. Bewgg. Jg. **1**, 41.
46. *Forel, O.-L.*, Affektivität u. Psychotherapie. J. Psychol. u. Neur. **38**, 58.
47. *Frank, L.*, Kritisches zur Psychotherapie. J. Psychol. u. Neur. **38**, 64.
48. *Freud, S.*, Das ozeanische Gefühl. Psychoanal. Bewegg. Jg. 1, 289.
49. *Friedjung, J.*, Psychoanalyse im Kindesalter. W. kl. W. 267.
50. *Friedländer, A. A.*, Die Einreihung der Psychoanalyse in die Heilkunde. Z. angew. Psychol. **33**, 490.
51. *Ders.*, Psychoanalyse und Analytiker. Psychiatr.-neur. Wschr. 410.
52. *Friedmann, A.*, Beitrag zur pädagogischen Menschenkenntnis. Internat. Z. Individ.psychol. 129.
53. *Galant, J. S.*, Die Psychotherapie des Gynäkologen. Mschr. Geburtsh. **81**, 28.
54. *Glover, E.*, Zur analytischen Grundlegung der Massenpsychologie. Internat. Z. Psychoanal. **15**, 297.
55. *Grote, L. R.*, u. *C. Schweitzer*, 1. Über die Beziehungen der Medizin zur Theologie; 2. Eine theologische Antwort. (Arzt und Seelsorger, H. 13). Schwerin i. M., Fr. Bahn. 32 S., 1,20 M.
56. *Gumpertz, K.*, Psychotherapie und religiöse Kulthandlungen. (Abhdl. Psychother., H. 9.) Stuttgart, F. Enke. 58 S., 4,90 M. (S. 120*).
57. *Haeberlin, C.*, Über rationale Verwirrung und die Möglichkeit ihrer psychotherapeutischen Beeinflussung. Allg. ärztl. Z. Psychother. **2**, 157.
58. *Hahn, A.*, Die Steigerung der geistigen Leistungsfähigkeit. Leipzig, Grethlein u. Co. 258 S., 5,— M.
59. *Hamburger, F.*, Suggestivbehandlung im Kindesalter. Ther. Gegenw. 193.
60. *Haupt, J.*, Die Einteilung der Hypnosen. Psychiatr.-neur. Wschr. 564 (S. 112*).
61. *Ders.*, Zur Frage nach der Entstehung des hypnotischen Zustandes. W. m. W. 1122 (S. 112*).

62. *Hermann, I.*, Das Ich und das Denken. Eine psychoanalytische Studie. Wien, Internat. psychoanal. Verl. 48 S., 1,80 M. u. Imago (Wien) **15**, 89, 325.
63. *Ders.*, Die Zwangsneurose und ein historisches Moment in der Über-Ich-Bildung. Internat. Z. Psychoanal. **15**, 471.
64. *Herzberg, A.*, Die Erotik in der Arzt-Patient-Beziehung. Z. Sex.wiss. **16**, 96.
65. *Hildebrandt, K.*, Individualpsychologie u. Eugenik. Entgegnung auf *Adler*. Allg. Z. Psychiatr. **22**, 41 (S. 121*).
65a. *Hoff, H.*, Die psychische Beeinflussung der Organfunktion. W. m. W. Nr. 29, 1928 (S. 122*).
66. *Isaacs, S.*, Entbehrung und Schuldgefühl. Internat. Z. Psychoanal. **15**, 200.
67. *Juliusburger*, Psychosomatische Therapie. Soz. Med. 395 (S. 118*).
68. *Jung, C. G.*, Psychoanalyse und Seelsorge. Ethik (her. v. Abderhalden) Jg. **5**, 7 (s. Literat.-ber. 1928 S. 94*, 89).
69. *Kalischer, S.*, Zur Psychotherapie. Fortschr. Med. 130.
70. *Kaplan, L.*, Grundzüge der Psychoanalyse. 2. sehr erw. Aufl. Baden-Baden, Merlin. 397 S., 16,— M.
71. *Kattentidt, I.*, u. *S. Liebmann*, Das psychologische Experiment im Dienste der Psychotherapie. Allg. ärztl. Z. Psychother. **2**, 507.
72. *Klemperer, E.*, u. *M. Weißmann*, Beitrag zur somatischen Reaktionsweise Hypnotisierter. Mschr. Psychiatr. **71**, 356 (S. 112*).
73. *Knabe, E. K.*, Psychiatrie u. Seelsorge. (Arzt u. Seels., H. 17) Schwerin i. M., F. Bahn. 43 S.
74. *Knopf, O.*, Individualpsychologie u. Gynäkologie. Internat. Z. Individ.psychol. 276.
75. *Kogerer, H.*, Was kann der praktische Arzt auf dem Gebiete der Psychotherapie leisten? W. kl. W. 1332.
76. *Krestnikoff, N.*, Die heilende Wirkung künstlich hervorgerufener Reproduktionen von pathogenen affektiven Erlebnissen. Arch. f. Psychiatr. **88**, 369.
77. *Kronfeld, A.*, Fortschritte der Psychotherapie. Fortschr. Neur. 21 (S. 112*).
78. *Ders.*, Zur Theorie der Individualpsychologie. Internat. Z. Individ.psychol. 252 (S. 112*).
79. *Künkel, F.*, Die Arbeit am Charakter. Neuere Psychotherapie. Schwerin i. M., F. Bahn. 163 S., 4,80 M.
80. *Ders.*, Vom Schuldgefühl zum Schuldbewußtsein. Z. Relig.-psychol. Jg. **2**, 5.
81. *Kulovesi, Y.*, Zur Entstehung des Tics. Internat. Z. Psychoanal. **15**, 82.

82. *Kunz, H.*, Erwiderung auf *A. Kronfelds* »Zur Theorie der Individualpsychologie«. Internat. Z. Individ.psychol. 353.
83. *Laforgue, R.*, Absperrungsmechanismen in der Neurose und ihre Beziehung zur Schizophrenie. Internat. Z. Psychoanal. **15**, 246.
84. *Lantos, B.*, Analyse einer Konversionshysterie im Klimakterium. Internat. Z. Psychoanal. **15**, 114.
85. *Leibowitz, O.*, Ulcus ventriculi u. Psychotherapie. Nervenarzt 321.
86. *Lewin, K.*, Die Entwicklung der experimentellen Willenspsychologie u. die Psychotherapie. Leipzig, S. Hirzel. 28 S. u. 7 Taf. 4,50 M. (S. 122*).
87. *Lottig, H.*, Seelische Behandlung in der Klinik. Nervenarzt 73.
88. *Mann, Th.*, Die Stellung Freuds in der modernen Geistesgeschichte. Psychoanal. Bewegg. Jg. **1**, 3.
89. *Mayer*, Die wirtschaftliche u. soziale Seite der Psychotherapie. Bayer. Ärzteztg. 236.
90. *Maylan, Ch.*, Freuds tragischer Komplex. München, E. Reinhardt. 215 S., 9,50 M.
91. *Menninger, K.*, Psychoanalytic observations on the mental hygiene problems of college students. J. nerv. Dis. **69**, 642.
92. *Meng, H.*, Kind und Unfallneurose. Bemerkungen eines Psychoanalytikers zur Frage des Rentenentzuges. Med. Welt 230.
93. *Ders.*, Psychoanalyse u. Jugendkunde. Hilfsschule 400.
94. *v. Monakow, C.*, Zur Krisis der Psychoanalyse. Schweiz. Arch. Neur. **24**, 75 u. 333 (S. 121*).
95. *Müller-Braunschweig, C.*, Psychoanalyse u. Philosophie. Hippokrates Jg. **1**, 507.
96. *Muenziger, K.* u. *Fl. W.*, The psychology of readjustment, with special reference to mental hygiene work in college. Ment. Hyg. **13**, 250.
97. *Naber, J.*, Asthma bronchiale: Allergische Behandlung u. Psychotherapie. Ther. Gegenw. 437.
98. *Nachmansohn, M.*, Grundsätzliches zur Kritik der Psychoanalyse. Nervenarzt 232.
98a. *Neuer, A.*, Die moderne Ehe als neurotisches Symptom. Internat. Z. Indiv.psychol. 36.
99. *Neumann, J.*, Psychotherapie, Theologie, Kirche. Z. Relig. psychol. Jg. **2**, 41.
100. *Oettli, Th.*, Kritische Bemerkungen zu *Prinzhorns* »Psychotherapie«. Nervenarzt 539. Dazu *Prinzhorn* 546.
101. *van Ophuijsen*, Das Sexualziel des gewalttätigen Sadismus. Int. Z. Psychoanal. **15**, 154.

102. *Orton, L.*, Educational hypnotism. Psyche **9**, 60.
103. *Paneth, L.*, Form u. Farbe in der Psychoanalyse. Nervenarzt 326.
104. *Ders.*, Über das Problem der Psychosynthese bei Jung. D. m. W. 736.
105. *Perger-Falk, M.*, Grenzen der Psychotherapie. Dtsch. Z. Wohlf.pfl. Jg. **5**, 72.
106. *Pollnow, Petow* u. *Wittkower*, Zur Psychotherapie des Asthma bronchiale. Z. klin. Med. **110**, 701.
107. *Prinzhorn, H.*, Das Ziel der Psychotherapie. Ärztl. Rdsch. 97.
108. *Ders.*, Der praktische Arzt und die Psychotherapie. Ebda. 113. (Aus Nr. 110.)
109. *Ders.*, Medizin und Persönlichkeitsforschung. Z. Menschenkunde. Jg. **4**, 345.
110. *Ders.*, Psychotherapie. Leipzig, G. Thieme. 334 S., 14,— M.
111. *Raimann, E.*, Über Psychotherapie. W. kl. W. 204.
112. *Rank, O.*, Technik der Psychoanalyse. II. Die analytische Reaktion. Leipzig u. Wien, Fr. Deuticke. 121 S., 7,— M. (S. 119*).
113. *Reich, W.*, Der genitale u. neurotische Charakter. Internat. Z. Psychoanal. **15**, 435.
114. *Reik, Th.*, Anspielung und Entblößung. Psychoanal. Bewegung. Jg. **1**, 127.
115. *Ders.*, Der Schrecken und andere psychoanalytische Studien. Wien, Internat. Psychoanal. Verl. 178 S., 5,— M.
116. *Ders.*, Erfolg und unbewußte Gewissensangst. Psychoanal. Bewegg. Jg. **1**, 51.
117. *Ders.*, Neurosentherapie und Religion. Internat. Z. Psychoanal. **15**, 160.
117a. Religion und Seelenleiden. Hrg. v. *W. Bergmann.* Veröff. d. kath. Akad.verb. Augsburg, Haas u. Grabherr. 264 S., 7,— M.
118. *Richtzenhain, W.*, Die psychotherapeutische Bedeutung der großen philosophischen Systeme. Psychiatr.-neur. Wschr. 479.
119. *Rieger, K.*, Die »Katharsis« in der Psychotherapie. (Medizin d. Gegenw. i. Selbstdarst., her. v. Grote, Bd. VIII). Leipzig, F. Meiner.
120. *Riese, W.*, Gedanken zu Kants Schrift: »Von der Macht des Gemüts durch den bloßen Vorsatz seiner krankhaften Gefühle Meister zu sein.« Med. Welt 1782.
121. *Riviere, J.*, Weiblichkeit als Maske. Internat. Z. Psychoanal. **15**, 285.
122. *Rothe, E.*, Psychogymnastik. 4. Aufl., Berlin. M. Hesse. 304 S., 8,50 M.

123. *Rühle-Gerstel, A.*, Analyse der Psychoanalyse. Internat. Z. Individ.psychol. 264.
124. *Sachs, H.*, Die Erlernung der Psychoanalyse. Psychoanal. Bewegg. Jg. **1**, 32.
125. *Sadger, J.*, Der Sinn der Wutanfälle bei Psychoneurosen und Geisteskrankheiten. Allg. ärztl. Z. Psychother. **2**, 729.
126. *Ders.*, Erfolge u. Dauer der psychoanalytischen Neurosenbehandlung. Internat. Z. Psychoanal. **15**, 426.
127. *Ders.*, Genitale u. extragenitale Libido. Internat. Z. Psychoanal. **15**, 183.
128. *Schairer, J. B.*, Gedanken über Religion. Ethik (her. v. Abderhalden) Jg. **5**, 36.
128a. *Schauer, F.*, Über den Begriff der Verantwortung. Internat. Z. Indiv.psychol. 95.
129. *Schilder, P.*, Psychoanalyse und Recht. W. m. W. 900.
130. *Schjelderup, H.*, Beziehungen zwischen moderner theoretischer Psychologie und Psychoanalyse. Allg. ärztl. Z. Psychother. **2**, 377.
131. *Schmitz, O.*, Der analysierte Freud. Z. Menschenkde. Jg. **5**, 197.
132. *Schneider, C.*, Wie hat sich der Seelenführer zu verhalten? Z. Relig. psychol. 355.
133. *Schultz, J. H.*, Asthma als psychotherapeutisches Problem. Zbl. inn. Med. 344.
134. *Ders.*, Autogenes Training. Med. Welt 1686.
134a. *Ders.*, Entwicklung, Reifung und Umstellung in der Psychotherapie. D. m. W. 688 (S. 121*).
135. *Ders.*, Neueres aus dem Gebiete der Psychoanalyse. D. m. W. 442.
136. *Ders.*, Psychotherapeutisches zur Hypertoniefrage. D. m. W. 1542.
137. *Ders.*, Sexualdiagnostik u. Sexualberatung. (Forts. v. 1928.) Fortschr. Ther. (S. 121*).
138. *Ders.*, Über Verwendung von Farbwirkung in der Psychotherapie. Allg. ärztl. Z. Psychother. **2**, 296.
139. *Searl, L.*, Die Flucht in die Realität. Internat. Z. Psychoanal. **15**, 259.
140. Selbstmord. Sonderheft. Z. psychoanal. Pädag. Jg. **3**, H. 11 bis 13.
141. *Seng, H.*, Gedanken zum Problem: Psychotherapie u. Religion. Nervenarzt 393.
142. *Simmel, E.*, Psychoanalytische Gesichtspunkte zur Psychotherapie der Psychose (Schizophrenie). Allg. ärztl. Z. Psychother. **2**, 437.

143. *Stärcke, A.*, Das Gewissen und die Wiederholung. Internat. Z. Psychoanal. **15**, 222.
144. *Sterba, R.*, Zur Dynamik der Bewältigung des Übertragungswiderstandes. Internat. Z. Psychoanal. **15**, 456.
145. *Stern, E.*, Zur Frage der Psychotherapie im Lungensanatorium. Allg. ärztl. Z. Psychother. **2**, 299.
146. *Steyerthal, A.*, Krisis der Psychoanalyse. Psychiatr.-neur. Wschr. 297 u. 307.
147. *Ders.*, Pathologie des Unbewußten. Stuttgart, F. Enke. 47 S., 3,80 M.
148. *Ders.*, Psychotherapeutische Zeit- und Streitfragen. Allg. med. Zentr.-Ztg. 265, 279.
149. *Stockmayer, W.*, Die Entwicklung der minderwertigen Funktion in der Psychotherapie. Ärztl. Rdsch. 145.
150. *Stoltenhoff, H.*, Systematische Psychotherapie. Allg. ärztl. Z. Psychother. **2**, 178.
151. *Sußmann, R.*, Psychotherapie und Krankenkassen. Soz. Med. 19 (S. 118*).
152. *Unger, W.*, Bedeutung und Wirkungsbereich der Psychotherapie. Bayer. Ärzteztg. 188.
153. *Valentine, C. W.*, The new psychology of the unconcious. London, Christopher's.
154. *Vorwahl*, Religion und Medizin. M. m. Wschr. 330.
155. *Weinmann*, Bericht über Arbeiten und Forderungen der wirtschaftlich-sozialen Ausschüsse der Allg. ärztl. Ges. f. Psychother. Bayer. Ärzteztg. 223.
156. *Weygandt*, Psychohygiene der Großstadt. Med. Welt 502.
157. *Wittels, F.*, Some Remarks on kleptomania. J. nerv. Dis. **69**, 241.
158. *Wittkower, E.*, Grenzen, Möglichkeiten u. Erfolge poliklinischer Psychotherapie. Klin. Wschr. 197.
159. *Wolff, W.*, Traum u. Organismus (Traumtherapie). Allg. ärztl. Z. Psychother. **2**, 612.
160. *Wulff, M.*, Zur Psychologie der Kinderlaunen. Imago (Wien) **15**, 263.
161. *Zilahi, A.*, Zur Erziehung des Säuglings. Internat. Z. Individ.psychol. 287.
162. *Zilboorg, Gr.*, Schizophrenien nach Entbindungen. Internat. Z. Psychoanal. **15**, 67.
163. *Zulliger, H.*, Elternbeobachtungen über die Sexualität kleiner Kinder. Imago (Wien) **15**, 111.
164. *Ders.*, Zur Psychologie und Pädagogik des Kleinkindes. Schweiz. Z. Hyg. 151.

I. Besprechungen von *Friedemann*.

E. Klemperer u. *M. Weißmann* (72): Patienten wurden mit Verbalsuggestion, *Meßmer*schen Strichen und Anblicken eines glänzenden Gegenstandes hypnotisiert. Gasanalytische Untersuchungen im manometrischen van Slyke-Apparat, Berechnung von Sauerstoff, Kohlensäure und Milchsäure nach *van Slyke* in Volumprozenten und in Prozenten der Totalkapazität. Vor Beginn der Versuche blieben die Patienten 16 Stunden nüchtern. Als Suggestionen wurden Ruhe bei Arbeitsleistung und Schrecksuggestionen (Brand) gegeben. Als Ausdruck des Erwartungseffektes fand sich kurz nach dem Einschlafen eine erhebliche Blutbeschleunigung, die sich dann zurückbildete, doch blieben kleine Schwankungen um die Ruhelage, unabhängig von den gegebenen Suggestionen.

J. Haupt (60) trifft folgende »natürliche« Einteilung. Tiefe Hypnose: Apathie, Verwirklichung von Suggestionen. Oberflächliche Hypnose: Keine Hypnose: Deutliche, ganz besonders geartete Änderung des psychischen Zustandes. (Tiefer Ruhezustand.) Erinnerungslosigkeit nur nach tiefer Hypnose, doch nicht bei allen Personen. (Leider keine Literatur [Ref.].)

J. Haupt (61) glaubt, daß die Hypnose nur durch psychische Einwirkung ausgelöst werden könne. Er empfiehlt, die Suggestion als einen eintretenden und sich verstärkenden Ruhezustand, nicht als Schlaf zu geben.

A. Brauchle (22). Allgemein-verständliche Ausführungen über Hypnose und Autosuggestion. Ein gutgemeintes Büchlein. Ungewöhnlich in einer populären Darstellung, eine besondere Liste der eigenen Publikationen zu dem Thema bei völligem Fehlen anderer ausführlicher Literaturangaben. Dem Heftchen liegt ein begeisterter Waschzettel des Verlages bei, der auf die Einstellung des Laienpublikums zu diesen Fragen abzielt.

A. Kronfeld (77). Die Entwicklung der Psychoanalyse lasse eine Einigung der verschiedenen analytischen Richtungen erhoffen. Man bemühe sich um eine fundamentale Charakterologie und stelle den psychagogischen Gedanken mehr in den Vordergrund. Im Gegensatz zu *Freud* werde jetzt mehr der ärztliche Charakter der Psychoanalyse betont, die »Laienanalyse« abgelehnt.

A. Kronfeld (78) bespricht die Theorien des Minderwertigkeitsgefühls und der Organminderwertigkeit, die Struktur des Minderwertigkeitsgefühls und das Gemeinschaftsgefühl. Er bringt Beiträge zur Theorie der Person. Den Kritikern sagt *Kronfeld*, man müsse werdende geistige Bewegungen nicht mit Gelehrtendünkel ansehen, sondern man müsse versuchen, ihnen gerecht zu werden.

Die in Buchform erschienenen Berichte über die Allgemeinen ärztlichen Kongresse für Psychotherapie, deren erster 1927 im Verlage C. Marhold erschienen war, sind vom zweiten an in den Verlag von S. Hirzel zu Leipzig übergegangen und bieten sich in Form inhaltlich außerordentlich wertvoller, äußerlich gut ausgestatteter Bände dar. Der Bericht über den 2. Kongreß ist auch 1927 erschienen, 369 S., 20,— RM. Der 2. Kongreß, welcher vom 27.—30. April 1927 in Bad Nauheim tagte, behandelte zwei große Fragen ausführlicher, 1. Die Psychoanalyse und 2. Die Heilpädagogik, brachte daneben aber noch eine Anzahl sehr bemerkenswerter Referate und Vorträge. Der Psychoanalyse sind drei Referate gewidmet, deren

jedes durch die Eigenart des Vortragenden einen persönlichen Stempel gewinnt: *Schilder* »Theorie der Psychoanalyse«, *Simmel* »Methode und Indikation«, *Kurt Goldstein* »Die Beziehungen der Psychoanalyse zur Biologie«. *Schilder* geht von der naturwissenschaftlichen Grundlage der Psychoanalyse aus, bekennt sich aber zu der Ansicht, daß nicht das ganze Seelenleben naturwissenschaftlich faßbar ist. Er bespricht ausführlich die Verdrängung, die Triebe und die Lehre vom Ich. *Simmel,* dessen Vortrag nur in Stichworten wiedergegeben ist, schildert die »psychoanalytische Situation« bei der Behandlung, die Stellung von Analytiker und Analysand und den Vorgang der Heilung. Besonders persönlich gefärbt ist das große Referat von *Goldstein.* Er knüpft an die neueren Forschungen an, nach welchen bei organischen Gehirnveränderungen der gesamte Organismus von den Schädigungen betroffen ist, vergleicht die hier auftretenden Erscheinungen mit der psychoanalytischen Verdrängung, betont die Rückkehr zu einem primitiveren oder kindlichen Zustand und setzt sich mit *Freuds* Auffassung vom Unbewußten auseinander. Zum Schlusse sagt er: »Für das Problem der Beziehungen der Psychoanalyse zur Biologie ergibt sich das Primat der Biologie und die Forderung der Einordnung sowohl der neurotischen wie der organischen Erscheinungen in die biologische Betrachtungsweise.«

Die Bedeutung der Psychotherapie für die Heilpädagogik besprechen die inhaltreichen Referate von *Homburger, Allers* und *Cimbal,* dieses unter besonderer Betonung der praktischen Bedürfnisse. Eine Besprechung des 3. Referates (*Kronfeld* über die Kommission für Ausbildung in Psychotherapie) findet sich im Literaturbericht 1927, Seite 89*. Im 4. Referat geht *Friedländer* den Kurpfuschern energisch zu Leibe. Von den vielen Vorträgen, welche sich zum Teil an die beiden Hauptthemata anschließen, zum Teil andere Fragen der Psychotherapie besprechen, ist für die praktische Psychiatrie von besonderer Bedeutung *Simons* Vortrag »Psychotherapie in der Irrenanstalt«, in dem er seine Grundsätze der aktiveren Therapie kurz und scharf zusammengefaßt, sehr übersichtlich und überzeugend darlegt. *Roemer* wendet psychotherapeutische Gesichtspunkte auf die offene Fürsorge an. Eine größere Anzahl von Vorträgen beschäftigt sich mit der Psychotherapie der Organneurosen, einige mit neueren und psychoanalytisch orientierten Gesichtspunkten bei der Hypnose. *J. H. Schultz* gibt eine Erläuterung seines »Autogenen Trainings«, bei dem der erzielte körperliche Ausdruck, die »Haltung«, auf die Seelenverfassung zurück- und einwirken soll. Der Vortrag von *Speer* »Ärztliche und geistliche Seelsorge« ist im Literaturbericht 1927, Seite 90* besprochen worden. Wertvoll ist die Beifügung der Diskussionen, welche oft wichtige Ergänzungen bilden. In der Einleitung erfahren wir allerlei interessante Anregungen, die beim Kongreß zur Sprache kamen. *H. Müller.*

Der Bericht über den III. Allgemeinen Ärztlichen Kongreß für Psychotherapie (8) bringt eine ziemlich umfassende Diskussion der Individualpsychologie von verschiedensten Gesichtspunkten.

Einen kurzen Abriß über »Individualpsychologie und Psychotherapie« bringt *Seif,* München. *Wexberg* bespricht die Lehre von der »Organminderwertigkeit im Zusammenhang mit Ergebnissen der inneren Medizin«. Die etwas polemische Einstellung, die *Wexberg* 1928 zeigt, weil seiner Meinung nach die Individualpsychologie noch nicht genügend berücksichtigt worden

ist, hat heute wohl nur mehr historischen Wert. — *Künkel* bespricht den »Heilungsprozeß in der Theorie und in der Praxis der Individualpsychologie«, wobei er »die Verantwortung für den Heilungsprozeß« als die eigentliche innere Aufgabe des Therapeuten sieht. — In knappen Worten wendet sich *Schultz-Hencke* in seinem Vortrage »Individualpsychologie und Psychoanalyse« gegen die allzuweit führenden Verallgemeinerungen der Individualpsychologie, er sieht sie nur als Ausschnitt aus der Psychoanalyse. Er bemängelt die ungenügende Beschäftigung mit den ursprünglichen Trieberlebnissen, die man kennen müsse, auch wenn man sie nicht erst überall herausanalysieren wolle; daraus ergebe sich eine Einschränkung der therapeutischen Wirksamkeit der Individualpsychologie. — »Die Problematik der Individualpsychologie« sieht *Paul Schilder* da, wo sich die Fragestellung nach der Einfügungsmöglichkeit der Individualpsychologie in das System der allgemeinen Psychologie ergebe. Der Triebbegriff weise auf einen physiologischen Ablauf, der sich nicht durch willkürliche Zielsetzungen (Handlungen) ersetzen lasse. Für die Entwicklung der Gemeinschaftsgefühle lasse sich das Soziale nicht einfach als »totes Material« abtun, mit dem der Wille zur Macht spiele. Das Problem der Verschiedenheit menschlicher Seelen, der Verschiedenheit der Haltungen, der Besonderheit der einzelnen Individuen verschwinde in den Darstellungen der Individualpsychologie. Die spezifischen Stufen der Haltungen, die Verschiedenartigkeit der Entwicklungen müssen mehr berücksichtigt werden. Man dürfe nicht vergessen, daß eine Organminderwertigkeit auch die seelischen Haltungen als solche abändern könne. Die Individualpsychologie bestreite aber die Verschiedenartigkeit der Haltungen bei verschiedener Konstitution. Die Organminderwertigkeit der Sexualorgane, die auch nach *Adler* mit jeder Organminderwertigkeit gekoppelt sei, werde ungenügend verfolgt. Die psychophysischen Zusammenhänge seien enger, als *Adler* es zugebe. Die Einwirkung der Affekte auf den Organismus werde nicht genügend bewertet. Das rationale Gerüst der Individualpsychologie sei nur Gestaltung tieferliegender Prinzipien, in denen sich die wesentlichen Kräfte der Persönlichkeit wahrhaft individuell mannigfach gestaffelt und gegliedert äußern.

Kurt Weinmann äußert sich zur »Prophylaxe der Neurosen und ihren Beziehungen zur psychischen Hygiene«. *Karl Lenzberg* zu »Sexualität und Neurose«. — *Schwarz*, Wien, untersucht eine wesentliche Fragestellung der Psychotherapie: »Leistung oder Symptom?« Er glaubt Leistung immer dann zu sehen, wenn Erhöhung des Selbstwertes der Person in der Verwirklichung des objektiven Wertes der Person erreicht werde, wenn der Einfluß einer »Gesinnung« vorliege. Das Symptom sei immer negativ und führe zum Auslöschen der Person. Die Frage »Leistung oder Symptom« sei nur eine spezielle Erscheinungsform des platonischen Problems der »Methexis«, der Frage des Zusammenseins von Mensch und Wert. — *Speer*, Lindau, sieht das »fiktive Ziel der Individualpsychologie« in ihrer religionsbildenden Kraft. Wenn die Individualpsychologie diesen Weg zu weltanschaulich-religiösen Zielen gehe, müsse sie als seelenärztliche Behandlungsmethode ausschalten. Die Nachbarschaft der Religion dürfe kein Anlaß zum Kampf werden, sie müsse eher zu universeller Therapie führen. — »Die prospektive Tendenz in der Psychotherapie« ist nach *Otto Kauders* in der Ausgestaltung, der Bereicherung der neurotisch verarmten

Persönlichkeit aus ihren eigenen Anlagen, Eigenschaften und Motiven nach ihrer eigenen immanenten Gesetzmäßigkeit zu sehen.

Die Diskussion zu den Referaten gestaltet sich sehr angeregt, wobei manches einende und trennende Prinzip zwischen Individualpsychologie und Psychoanalyse gestreift wird.

Das zweite Hauptreferat beleuchtet die Problematik des Charakters, wobei zwei Leute von Format, aber grandioser Einseitigkeit zu Worte kommen. Rein philosophisch orientiert sieht *Paul Haeberlin* »die Problematik des Charakters«. Die »Problematik« ergebe sich aus der antagonistischen Struktur jeder subjektiven und objektiven Zwecksetzung, aber auch aus der antagonistischen Struktur der Triebhaftigkeit selbst. Subjektivität und Sachlichkeit der Zwecksetzung sind prinzipiell unvereinbar[1]). So ergeben sich auf dem Wege zur Eindeutigkeit nur die Möglichkeiten eines steten erfolgreichen Kampfes oder relativ dauerhafte Kompromisse, die im problem-empfindlichen Individuum ein dauerhaftes Unbehagen hervorrufen müssen. Eine weitere innere Gegensätzlichkeit des menschlichen Charakters existiere in der Gegensätzlichkeit des zwecksetzenden (moralischen) Verhaltens zum ästhetischen. Pädagogik oder Therapie werde utopisch, wenn sie nach Behebung der Problematik des Charakters strebe, man könne nur versuchen, die Probleme durch Abstumpfung der Problemempfindlichkeit zu mildern oder erträgliche Kompromisse zu schließen. Der Weg des moralischen Fortschrittes sei durch ständig erneuerten Kampf um die Eindeutigkeit unter grundsätzlichem Verzicht auf Abstumpfung und Kompromißbildung gegeben. Durch diesen Kampf werde das angesammelte Unbehagen abgetragen und durch die Überzeugung des Fortschrittes ein teilweiser Ausgleich des Problemleidens gegeben. Der religiöse Weg biete die Möglichkeit, das Problem als Leiden an der Problematik zu überwinden, ohne die Problematik selbst aufzuheben.

Kronfeld bemängelt in der Diskussion die Verkennung der empirischen Charakterologie. — *Schwarz,* Wien, kennt eine Problematik des Lebens nur für den, der sich außerhalb des Lebens stellt. *Haeberlin* betont demgegenüber, daß er nicht seine ganze Charakterologie habe entwickeln wollen, sondern sich nur um systematische Darstellung elementarer Problemmöglichkeiten im menschlichen Charakter bemüht habe.

Das Korreferat zur Charakterfrage hat *Ludwig Klages:* »Die Triebe und der Wille.« Er nennt die steuernde Macht nach dem Ausweg unmittelbarer Selbstbesinnung das Ich, die Vitalität und ihre Eigenart, die sie zur Ursprungsstelle der Triebe macht, das Es. Nach geistvollen Ausführungen sieht er den Sachverhalt in folgenden Lehrsätzen: 1. Triebantriebe der verschiedensten Art entspringen dem Es. 2. Das Ich ist ihnen gegenüber der sie erleidende Teil. 3. Insofern das Ich sich der treibenden Kraft des Es zu widersetzen vermag, nennen wir es wollendes Ich oder kürzer den Willen. 4. Wie jeder Lebensträger ein einziger ist, so ist auch sein Ich nur eines und folglich sein Wille. 5. Die Willensleistung, d. i. die Wirkung des Ichwiderstandes gegen die Triebantriebe auf diese, besteht in der Antriebssteuerung, und zwar in der Richtung auf ein vorgestelltes Ziel.

---

[1]) Einfacher dürfte »actio und reactio« diesen seelischen Tatbestand beleuchten (Ref.).

In der Diskussion werden Fragen der Willensvorgänge und suggestiver Phänomene gestreift. *Rudolf Allers* gibt einen Beitrag über »Wille und Erkenntnis« in der Beeinflussung des Charakters. — *Robert Sommer* gibt einen Überblick über »Affektcharakter und Reflexe«, der es deutlich macht, daß auch Reflexe als Ausdrucksbewegungen — eben über den Affektcharakter — verwertbar werden.

Groddeck gibt merkwürdige Mitteilungen aus seiner Praxis, nach denen er mit hellseherisch anmutenden Inspirationen organische Krankheiten psychotherapeutisch geheilt haben will. — *Trömner* berichtet über »Faktoren und Erfolge der Hypnotherapie«. — *Hahn*, Baden-Baden, bespricht die »Theorie der neurotischen Symptombildung auf Grund kathartisch-analytischer Erfahrungen und hypnotischer Experimente«. — *Cimbal* bespricht »Psychotherapie der Depressionszustände und ihrer vegetativen Äquivalente«. — *Kurt Lewin*, Berlin, »Die Entwicklung der experimentellen Willenspsychologie und die Psychotherapie«. — *I. H. Schultz* bringt ein Referat über »Psychogramm und Charakter«. — *O. Kankeleit* (»Kriminalität und Psychotherapie«) stellt die Forderung nach Einführung der Psychotherapie in Gefängnisse und Untersuchungsgefängnisse. — Es folgen Beiträge von *A. A. Friedländer* (»Sozialmedizin und Politik«). — *W. Eliasberg* (»Arzt und Wirtschaftsleben«). — *F. Giese* (»Psychotechnische Erfahrungen in der Personaldiagnose«). — *J. Rawkin* (»Psychotherapie der professionellen Neurose«). — *L. Paneth* (»Über eine neue analytisch-synthetische Methode«). *Paneth* analysiert Spontanzeichnungen seiner Kranken. — *K. G. Heimsoth* (»Die konstitutionsunabhängige Charakterkonstellation«) bemüht sich um die Einführung astrologischer Methoden in die Charakterkunde. — Es finden sich noch Vorträge von *Perger-Falk* (»Sechs Jahre psychagogischer Werkarbeit«). — *Silbermann*, Wien (»Mitteilungen über den gegenwärtigen Stand der Ausbildungsfrage in Psychotherapie und psychischer Hygiene in Wien«). — *K. Weinmann* (»Besprechung über die Frage der Psychotherapie in der Kassenpraxis«). —

Den Abschluß des Kongresses bildete eine Aussprache über Beziehungen zwischen Religion und Psychotherapie unter Leitung von *Haeberlin*.

Der IV. Kongreß für Psychotherapie 1929 (9) war in erster Linie dem psychotherapeutischen System von *C. G. Jung* gewidmet. In zweiter Linie der Psychotherapie der »Grenzzustände«. *Jung* betont die Berechtigung jeder psychotherapeutischen Richtung, die sich daraus ergebe, daß seelische Tatbestände erfaßt würden, die irgendwelchen Gruppen von Menschen einleuchteten. Der erfahrene Psychotherapeut müsse nicht seine Erfolge, sondern seine Mißerfolge berücksichtigen, um an ihnen seine Irrtümer zu korrigieren. *Jung* sieht das Leben des jugendlichen Menschen in einer allgemeinen Expansion, das des alternden in dem Zeichen der Kontraktion. Die Neurose des Alternden beruhe im wesentlichen auf einem unzeitgemäßen Verharren in der jugendlichen Einstellung. Die Temperamente werden durch die gegensätzlichen Grundhaltungen der Extraversion und Introversion typisiert. Es gibt Menschen wesentlich geistiger und solche wesentlich materieller Einstellung, die häufig angeborenen Leidenschaften entspreche. Der Arzt dürfte nicht so sehr behandeln, als die im Patienten liegenden schöpferischen Keime entwickeln. Für die Strebungen des Patienten geben die Träume Anhaltspunkte. Der Arzt müsse mit dem Patienten zusammen »phantasieren«. Die Phantasie ist

Jung in letzter Linie die mütterliche Schöpferkraft des menschlichen Geistes. Die psychotherapeutische Technik ergibt sich als direkte Weiterbildung der *Freud*schen Methode des freien Assoziierens. *Jung* benutzt weiter die Methode der bildlichen Darstellung durch den Kranken, sobald Traum und Phantasiegebilde besonders plastisch werden. Er glaubt, daß die wirklich erlebten Zeichnungen dem kollektiven Unbewußten entspringen. — *Stockmaier,* Stuttgart, berichtet über »Die Entwicklung der minderwertigen Funktion in der Psychotherapie«. — *Von Hattingberg* redet über »Psychologische Typen«. Er trennt die psychologischen Typen (Einstellungstypen, Charaktertypen [Schilder, Worringer, Groß, Jung, Dilthey, Spranger, Klages, Nohl]) von den physiologischen Typen (Haltungstypen [Butz], Konstitutionstypen [Kretschmer]). — *Heyer* bringt »Eine klinische Analyse von Handzeichnungen Analysierter (im Sinne Jungs)«. — *Otto Körner,* Dresden, bespricht »Die klinische Bedeutung des kollektiven Unbewußten«. — *Fr. Künkel* gibt das individualpsychologische Korreferat zu *Jung*. *Künkel* glaubt, daß Adler den Heilungsvorgang ebenso beobachte wie *Jung*. Er hält aber die *Adler*sche Begriffsbildung für »weniger poetisch«, prägnanter und brauchbarer. — Es folgen Vorträge von *van der Hoop* (»Über die Beziehung zwischen Psychismus und Typus bei Hysterischen«) — *W. Schindler* (»Die Traumdeutung im Lichte der verschiedenen tiefenpsychologischen Schulen und ihre klinische Bedeutung«) —, denen sich die Diskussion über die *Jung*sche Psychotherapie anschließt.

Die Psychotherapie der Schizophrenie und ihrer Grenzzustände referiert *Kretschmer*. Bei den schizophren Veranlagten sind Komplexbilbildungen und kritische Lebensalter zu berücksichtigen. Man könne z. B. direkt von einer Verlobungskatatonie sprechen. Die akuten schizophrenen Psychosen sind im akuten Erregungszustande mit Dauerschlaf zu behandeln. Vor Psychoanalyse im schizophrenen Anfall und bei postschizophrenen Zuständen wird gewarnt, doch soll man versuchen, durch indirekte Analyse eine geeignete Psychagogik zu entwickeln. Für die Therapie der postschizophrenen Zustände sind die »Fassadenpsychosen« besonders dankbar, Leute, die ein psychotisch anmutendes Bild bieten, ohne daß diesem Bilde noch ein eigentliches Psychosegeschehen zugrunde liegt. Solche Schizophrene sind die typischen Fälle für »zudeckende« Therapie, für »Orthopädie der Psychomotorik und des sprachlich sozialen Gesamtverhaltens«. Besonders gute therapeutische Chancen bieten Schizophrene mit neuroseähnlichem Überbau. Die therapeutischen Methoden und das Ziel sind typenpsychologisch vorgezeichnet. Arbeitstherapie ist wichtig, darf aber nicht wahllos angewendet werden, wenn sie auch bei den meisten Menschen angezeigt ist. — *A. Kronfeld* äußert sich über »Psychotherapie gestörter Organfunktionen: Indikation, Gegenindikation, Methode der Wahl«. — Weiter sprechen: *I. H. Schultz* (»Gehobene Aufgabestufen im autogenen Training«). — *E. Speer* (»Schizophrene Symbolik und Psychotherapie der Schizophrenie«). — *E. Simmel* (»Psychoanalytische Gesichtspunkte für die Psychosen-[Schizophrenie-]Therapie«). — *O. Löwenstein* (»Ist eine experimentelle Grundlegung der Psychotherapie möglich?«). — *H. C. Rümke* (»Praktische Erfahrungen zur Psychotherapie«). — *W. Unger* (»Gedanken über Ausdruckspsychologie anläßlich der Beobachtung eines Encephalitikers«). — *R. Allers* (»Religion und Psychotherapie«). — *F. Künkel* (»Religion und Psychotherapie«). — *Haeberlin* (»Das religiöse Kultsymbol

der Antike und aus ihm sich ergebende Folgerungen für die Psychotherapie«). — *A. A. Friedländer* (»Die Not der deutschen Ärzteschaft«). — *K. Weinmann* (»Psychotherapie in der Kassenpraxis«). — *E. Röper* (»Grenzen der Psychotherapie in der Kassenpraxis«). — *A. A. Weinberg* (»Die Organisation der Ländergruppen«). — *E. Jolowicz* (»Organisation der Ortsgruppen«). — *Loewy-Hattendorf* (»Standesärztlicher Ausbau der Satzungen«). — *Cimbal* (»Bericht über Anregungen und Wünsche der Gesellschaftsmitglieder«).

Die in neuem Gewande erscheinende Monatsschrift »Soziale Medizin«, Verlag für Sozialmedizin in Berlin-Charlottenburg, bringt interessante Abhandlungen über die vielen und bedeutungsvollen Beziehungen, welche die Medizin mit dem öffentlichen Leben und der Gesundheitsfürsorge verbinden, Beziehungen, die dem praktischen Arzt wie dem Spezialisten auf Schritt und Tritt begegnen. So finden eine ausgiebige Behandlung die Fragen der Eheberatung und des Versicherungswesens, ferner Fragen der Statistik, der Hygiene und des Krankenhauswesens, aber auch theoretische Probleme, Untersuchungsmethoden und einzelne medizinische Erfahrungen. Im folgenden werden einige Aufsätze, welche der Psychiatrie naheliegen, besonders besprochen. *Rosenhaupt,* Fürsorgeerziehung, s. Kap. 8, Idiotie S. 210*.
H. Müller.

R. Sußmann (151). Die Psychotherapie komme in der Kassenpraxis nicht zu ihrem Recht. Die einzelnen Schulen von *Freud, Adler, Jung* werden kurz zitiert. Zu Unrecht gebe man zur Behandlung der Neurotiker beruhigende und betäubende Mittel. Fachärzte für Psychotherapie werden durch die Kassenbezüge wirtschaftlich nicht genügend gedeckt. Die Kassen sollten Ambulatorien für Psychotherapie gründen, für die besonders ausgesuchte Leiter bestellt werden müßten.

Juliusburger (67) verwahrt sich mit gutem Recht gegen einseitige psychische, etwa analytische Behandlung von Epilepsie unter Ausschaltung konsequenter Luminalbehandlung. Bei Depressionen ist eine konsequente Opiumkur nicht zu entbehren. Bei psychosomatischen Asthenien sind Tonophosphan, Arsenpräparate nötig. Promonta und Soluga hält er für wirklich brauchbar. In gewissen Prinzipien, aber ohne dogmatischen Ausbau erkennt er die Psychoanalyse an, deren brauchbaren Grundgedanken er in einer »biozentrischen« Analyse zusammenfaßt. Der Sammelbegriff Neurose muß in klinisch umgrenzte Krankheitsbilder aufgelöst werden. Die sekundäre Bedeutung der Komplexe erwachse erst auf dem Boden eines seelisch gestörten Gleichgewichts. Die Sexualität ist ein wichtiger Faktor, aber nicht die alleinige Quelle psychogener Störungen. Zur psychischen Behandlung müsse man in allen Fällen eine klare Erkenntnis über den Willen zum Leben einer Persönlichkeit gewinnen. Der Psychoanalyse müsse die Lebenssynthese folgen, zu der man Grundsätze, Leitsätze, überwertige Ideen sittlicher Natur brauche. Ziel sei die Erneuerung des Menschen, die Entwicklung seines sozialen Empfindens, »moralische Orthopädie«.

F. Boenheim (S. 211*, 9). Neurastheniker stellen eine große Gruppe, die den Etat der Krankenkassen sehr belasten. Die Diagnose dürfe nur nach genauer Untersuchung unter Heranziehung aller diagnostischen Mittel gestellt werden. Für solche Untersuchungen wünscht sich *Boenheim* Sammelstellen mit gut eingerichteten Laboratorien und Abteilungen für kurze

Beobachtungen. Bei negativem Untersuchungsergebnis solle man den Forderungen der Neurastheniker rigoros entgegentreten, bei positivem Ergebnis aber selbst für kleinere Erkrankungen einen großen therapeutischen Apparat heranziehen.

Aus psychoanalytischer Dogmatik schreibt *H. Lehmann* (S. 216*, 95) der sozialen Lage, vor allem dem Neid der Massen wesentliche Einflüsse bei der Entwicklung der Neurasthenie zu. Die große Kinderzahl, in der der einzelne aufwüchse, bedinge ein gut entwickeltes Kollektivbewußtsein. Schlechte Wohnverhältnisse und Gebärzwang können das ihre tun. Hebung der sozialen Lage, heilpädagogische Erziehung des neurasthenischen Kindes, gesetzliche Freigabe der Schwangerschaftsunterbrechung hält der Verfasser für geeignete Mittel zur Heilung der Neurasthenie.

Bernhard (S. 243*, 13) plädiert für weitgehende Durchdringung des Strafvollzuges mit Gesichtspunkten der modernen Psychiatrie, die mit der kriminalbiologischen Forschung und mit der Erbbiologie Schritt halten müsse.

II. Besprechungen von *Werner*.

Rank (112) betont den Wert der therapeutischen, der aktiven Maßnahmen in der Technik der Psychoanalyse; er behandelt vor allem die therapeutischen Elemente, die die analytische Situation in sich schließt. Er will mit seiner »Willenstherapie« weniger erzieherisch als konstruktiv d. h. selbstbildend wirken. *Freud* und *Adler* haben die Bedeutung des Willens für die Neurosen und für die ganze Psychologie nicht genügend berücksichtigt. Gerade der Neurotiker muß wieder wollen lernen und zwar ohne das Gefühl einer Schuld dabei zu haben. Am Gegenwillen des Analytikers soll das Wollen des Kranken gekräftigt werden. *R.*s »Willenstherapie« erstrebt nicht Wegräumung der Widerstände: »Das Ziel der konstruktiven Therapie ist nicht Beseitigung der Widerstände, sondern die Verwandlung der ihnen zugrunde liegenden negativen Willensäußerung (Gegenwille) in eine positive, eventuell schöpferische Willensdurchsetzung.« — Die konstruktive Therapie hat den Kranken zum wirklichen Verstehen — und dieses Verstehen muß ein Erleben sein — zu führen ohne den erzieherischen Umweg über den Analytiker. — *Freud* macht den Fehler, daß er den Neurotiker durch seine Interpretation der Symptome mit Hilfe des Infantilen zu sehr auf die Vergangenheit hinlenkt; der Kranke klammert sich dann zu sehr an diese. *R.* will eher und direkter von den Reminiszenzen der Vergangenheit lösen. — In den Kapiteln: Verstehen und Verleugnen; Vergangenheit und Gegenwart; Gleichheit und Verschiedenheit; Liebe und Zwang; Trennung und Schuld; Schicksal und Selbstbestimmung werden dann die Anschauungen *R.*s weiter ausgebaut. Überall wird dabei die Überlegenheit der Willensbildung gegenüber der Vermehrung des Wissens um sich selbst in der Neurotikerbehandlung hervorgehoben. Statt Interpretationen will die Willenstherapie dem Neurotiker den Glauben an sich selbst bringen. Auf das Aktive in der psychoanalytischen Behandlung wird im Vergleich zu *Freud* mehr Wert gelegt. — Diese Anschauungen *Rank*s werden vielleicht bei den unentwegten Analytikern der älteren Schule weniger Anklang finden, doch glaubt Ref., daß unvoreingenommene Psychotherapeuten den weiteren Ausbau des psychoanalytischen Verfahrens nach dieser Richtung mit Freuden begrüßen.

Gumpertz' (56) Buch stellt eine Erweiterung seines bekannten Vortrags »Psychotherapie und Pastoralmedizin« dar. Verf. behandelt vor allem die Frage: Welche Behandlungsmöglichkeiten hat die Kirche in und außerhalb des Gotteshauses? — Im einzelnen kann hier auf den Inhalt nicht eingegangen werden; es seien einige Stichworte genannt: Beziehungen zwischen Religion und Medizin; Methoden der Leibseelenheilung: Exorzismus; die psychotherapeutische Wertung exorzismusähnlicher Methoden; Psychotherapie und Sakramente: Beichte und Buße; letzte Ölung; Psychotherapie und religiöse Exerzitien; Protestantische Seelsorge; Psychologie der gemeinsamen religiösen Betätigung: religiöser Spiritualismus. — Wie hat sich der psychotherapeutische Praktiker zu der religiösen Seelsorge zu verhalten? — Als Beschluß der Abhandlung werden 5 Thesen aufgestellt: »Psychotherapie bedeutet nicht Bekehrung zu einer bestimmten Welt- und Überwelt-Anschauung. — Zur Beruhigung von Zweiflern, deren Skrupel sich lediglich auf die Erfüllung kultischer Pflichten erstrecken, wird im allgemeinen die geistliche Seelsorge ausreichen. — Der Geistliche ist nicht an sich kraft seines Amtes und Glaubens befähigt, bei Hysterischen und Zwangsneurotikern individuelle Psychotherapie auszuüben. — Wie bei Psychosen ist auch bei Neurosen Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Geistlichen angebracht; stets hat der Arzt das Maß der seelsorgerischen Betätigung zu bestimmen. — Für gewisse Formen der Neurose und ihre Prophylaxe sind Exerzitien geeignet im Sinne der zeitweisen Entfernung vom Berufs- und Familienleben und selbständigen Nachdenkens über metaphysische Fragen.« — Das Werkchen kann den Pfarrern und Ärzten zur Einführung in dieses zeitgemäße Problem empfohlen werden und wird ihnen die Stellungnahme dazu erleichtern.

Bericht über die erste deutsche Tagung für psychische Hygiene (10): bringt — meist in verkürzter Form — die gehaltenen Referate. Deren Autoren und Titel seien kurz angeführt: *Weygandt,* Aufgaben des deutsch. Verbandes f. ps. Hyg. und die erste deutsche Tagung... *Kolb,* geschlossene Anstaltsfürsorge. *Simon,* Krankenbehandlung in der Heilanstalt, bes. Beschäftigung, in ihren Beziehungen zur ps. Hyg. *Bufe,* Familienpflege Kranksinniger. *Faltlhauser,* offene Geisteskrankenfürsorge von der öffentlichen Heilanstalt aus. *Wendenburg,* offene Fürsorge vom kommunalen Fürsorgeamt aus. *Dannemann,* Hilfsvereine... *Laehr,* Volksnervenheilstätten. *Meltzer,* Fürsorge für Schwachsinnige und Epileptische. *Gregor,* Fürsorge für jugendliche Psychopathen, Fürsorgeerziehung. *Villinger,* Fürsorge für sittlich Gefährdete. *Gonser,* Trinkerfürsorge. *Thode,* gestaffelte Fürsorge... *Roemer,* gesetzliche Grundlage der Fürsorge... *Stern,* Beziehung der Psychotechnik und der psychologischen Berufsberatung zur Psychohygiene. *Sommer,* ps. Hygiene der Arbeit und der Erholung; ps. Hyg. und Leibesübungen; psychiatrische Erblichkeitsforschung und ps. Hyg. *Eliasberg,* ps. Hyg. der abhängigen Arbeit. *Weygandt,* ps. Hyg. der Großstadt. *Juliusberger,* Bedeutung der Genußgifte und der Bekämpfung der -suchten für die ps. Hyg. und Prophylaxe. *Pinkus,* sexuelle Aufklärung, Verhütung der Geschlechtskrankheiten, psychische Prophylaxe. *Kauders,* ps. Hyg. des Sexuallebens. *Vogel,* ps. Hyg. und gesundheitliche Volksbelehrung. *Sioli,* Aus- und Fortbildung der mit der ps. Hyg. beruflich befaßten Personenkreise. *Schiff,* französische Liga für geistige Hygiene. *Rittershaus,* eine Zukunftsaufgabe der ps. Hyg.

Zeitschrift für psychische Hygiene: Dieser zweite Band ist ebenso reichhaltig wie der erste: Neben Kongreßberichten, Bücherbesprechungen u. ä. bringt er Aufsätze über den Stand der psychischen Hygiene im Inland und Auslande, über Fürsorgedienst und Außenfürsorge. Die soziale Bedeutung der psychischen Hygiene wird dargelegt. Über Behandlung der Trinker und über Trinkerfürsorge wird berichtet. Auf die Prophylaxe der erblichen Geisteskrankheiten wird eingegangen.

Bagotzky (6) unterzieht die Begriffe Instinkt und Suggestion einer psychologischen Betrachtung. Die Suggestion wird aufgezeigt als »ein Instinkterlebnis, dessen situative Voraussetzung nicht unmittelbar gegeben, sondern psychisch bedingt ist... Die therapeutische Suggestion ist nichts anderes als eine Mobilisierung des eigenen 'Instinktes' (= Zustandslage) gegen den pathologischen Zustand«.

Hildebrandt (65) polemisiert gegen *Adler:* »... Aus dem Bereich der modernen Psychologie hat er einen Gedanken überbetont, der für die Behandlung psychasthenischer Kinder, mit einiger Einschränkung für die Erziehung überhaupt, eine fruchtbare Fiktion ist. Dabei fehlt ihm der Sinn für die Vererbungslehre, für die Psychologie des Gesunden und Kräftigen, für die Forderungen der Eugenik, fehlt ihm der Sinn für die Norm. Seinem Versuch aber, eine praktische Regel als eine neue Wissenschaft, ja als die einzig gültige Psychologie hinzustellen und alle andere Wissenschaft als verlogene und großsprecherische Prestige-Wissenschaft zu verurteilen, muß widersprochen werden.«

v. Monakow (94) referiert zunächst über einige neuere Erscheinungen aus dem Schrifttum über Psychoanalyse und ihre Krisis und nimmt dann Stellung dazu. »Die Psychoanalyse ... stellt m. E. eine vorübergehende, durch den Geist der Zeit stark beeinflußte Bewegung dar: sie ist ein Stück moderner Kulturgeschichte auf dem Gebiete des Suchens nach Erklärung und Behandlung der Neurose, sogar der Psychose.« — Hinsichtlich der Reform der psychologischen Forschung verweist *M.* auf sein Werk: Biologische Einführung in das Studium der Neurologie und Psychopathologie. — »Alles in allem: ein abgeschlossenes Urteil über die Bedeutung und den Wert der Psychoanalyse in ihrer heute üblichen Anwendungsweise in therapeutischer Beziehung und besonders über ihren Wert in wissenschaftlicher Hinsicht, dürfte heute noch verfrüht sein...«

Schultz (134a) untersucht die Frage, »ob die Arbeit des Psychotherapeuten nach ihrem inneren Wesen und ihren Grenzen psychische Entwicklungs- und Reifungsvorgänge zum Gegenstand und Ziel hat oder ob wir bei einer psychotherapeutischen Bearbeitung von einer Umstellung sprechen dürfen...«. Er kommt zu dem Ergebnis, »daß jede wesentliche und gründliche Psychotherapie Persönlichkeitsentwicklung und -reifung aufs nächste berührt und damit bis in biologische Entwicklungs- und Reifungsvorgänge hinunterreichen kann, während das psychologisch so interessante und praktisch oft so dringend gewünschte Umstellungserlebnis als Einzelphänomen in die Reihe der primitiven psychotherapeutischen Verfahren zu rücken ist; bei wirklich vertiefter psychotherapeutischer Arbeit. ... wird es als selbstverständlicher Nebengewinn geerntet«.

Schultz (137) behandelt in einer Artikelserie die Sexualdiagnostik und -beratung, besonders soweit sie für den Praktiker in Betracht kommt — die eigentlichen Perversionen u. ä. gehören in die Domäne des Fach-

arztes. — An Hand eines Krankheitsfalles wird sehr eindringlich gezeigt, daß der Arzt bei allen nervösen Zuständen nicht nur das Recht sondern auch die Pflicht hat, sich über das Sexualleben des Kranken zu informieren. Es werden dann die Sexualität des Kindesalters, die Onanie und die Impotenz eingehend besprochen und Hinweise für Diagnostik und Beratung gegeben.

Hoff (65a) berichtet sehr interessant über von ihm und anderen durchgeführte Versuche über Beeinflussung körperlicher Funktionen auf psychischem Wege, meist mittels hypnotischer Suggestionen. Es gibt drei Wege, auf denen es gelingt, Großhirnerregungen in organische Funktionen überzuführen. »Der eine ist von der Großhirnrinde über den Weg der Schaltstationen im Zwischenhirn, direkt zum vegetativen Nervensystem. Der andere führt uns ebenfalls über die Schaltstelle des Zwischenhirns zu den Drüsen mit endokriner Funktion, deren Hormone dann wieder das vegetative Nervensystem beeinflussen. Der dritte Weg ist die von *Kraus* und *Zondek* angegebene Änderung des Ionenmilieus.«

Der als Buch herausgegebene, durch Tafeln erläuterte Vortrag *Lewins* (86) vom 3. Allg. Ärztl. Kongreß für Psychotherapie bekämpft das Mißtrauen des Arztes, insbesondere des Psychotherapeuten gegen die experimentelle Psychologie. Indem er sich zunächst gegen einige Einwände richtet, die man erhoben hat, führt er aus, daß die seelischen Vorgänge bei Laboratoriumsversuchen nicht unnatürlich oder wirklichkeitsfremd zu sein brauchen und daß sie auch in tiefere seelische Schichten reichen können. Er setzt dann an der Hand einzelner Fragen auseinander, welche Fortschritte die Psychologie der experimentellen Forschung verdankt, zunächst an dem Problem »Willensstärke und Gewohnheit«. Besonders wichtig erscheint ihm der Nachweis, daß die Assoziationen nicht Triebkräfte darstellen, sondern höchstens »Koppelungen«, daß es daneben aber wirkliche treibende Kräfte des Seelenlebens gibt, seelische Spannungen, die zu Ausgleich treiben. Die Assoziationen können nur zu »Ausführungsgewohnheiten« führen, nicht zu den für die Psychotherapie so wichtigen »Triebgewohnheiten« (Süchten). Ausführlicher beschäftigt sich Verf. mit dem Thema »Vornahme, Quasibedürfnis, Bedürfnissysteme«, ein Feld, das gerade ein Hauptgebiet seiner eigenen Forschungen darstellt und enge Beziehungen zur Psychotherapie aufweist. Um nur einiges herauszugreifen: Bei der Bekämpfung von Triebgewohnheiten kommt es vor allem auf die Befreiung aus einem Bedürfnisverbande an. Bedürfnisartige Spannungen zeigen sich z. B. bei der Wiederaufnahme unterbrochener Handlungen, auch bei unangenehmen Handlungen; im letzteren Fall können solche Erledigungstendenzen zwangsartigen Charakter tragen; die »Sättigung« (Ermüdung), der jedes Bedürfnis verfällt, kann zu Fehlhandlungen führen, ja zu ausgesprochen hysterischem Ausweichen, zu Kurzschlüssen und affektiven Ausbrüchen. Zum Schluß wendet sich der Verf. noch allgemeinen Fragen zu, welche die ganze Aufbaustruktur des Willenlebens sowie das Problem von Kausalität und Finalität umgreifen. Die Ausführungen *Lewins*, dessen Gedankengänge die Willenspsychologie wesentlich gefördert haben, sind von hohem Interesse und sollten von ärztlicher Seite wohl beachtet werden. *H. Müller.*

5. Funktionelle Psychosen.

Ref.: Philipps-Bethel.

1. *Amaldi, P.*, Stati affettivi delle psicosi maniaco-depressive e ritmo stagionale. Riv. sper. freniatr. **52**, 461.
2. *Bamford, C. B.*, Considerations on dementia praecox as a physical disease. J. ment. Sci. **75**, 120.
3. *Banse, J.*, Die Erkrankungsaussichten der Vettern und Basen von Manisch-Depressiven. Z. Neur. **119**, 576 (S. 133*).
4. *Becker, W. H.*, Schizophrenie und Traum. Landarzt 329.
5. *Berze, J.*, Psychologie der schizophrenen Prozeß- und der schizophrenen Defektsymptome. W. m. W. 139, 174.
5a. *Beyerholm, O.*, Gastro-intestinale Störungen bei Dementia praecox. Hospitalstidende Nr. 8. (dän.) (S. 138*).
6. *Bleuler, E.*, Syntonie-Schizoidie-Schizophrenie. J. Psychol. u. Neur. **38**, 47 (S. 129*).
7. *Blume, G.*, Über einen Fall von induziertem Irresein, mit graphologischer Untersuchung. Z. Neur. **123**, 1.
8. *Ders.*, Über Heilfieberbehandlung mit Saprovitan bei Schizophrenie. Arch. f. Psychiatr. **86**, 790 (S. 135*).
9. *Ders.*, Weitere Versuche mit Saprovitan-Behandlung bei Schizophrenie. Allg. Z. Psychiatr. **92**, 61 (S. 135*).
10. *Bosch, G.*, u. *E. Mo Gatti*, Ansichten und Gedanken über die Dementia praecox. Acta I. Confer. lat. amer. de neur. (Buenos-Aires). **2**, 129 (span.).
11. *Bowman, K.*, Parathyroid therapy in schizophrenia. J. nerv. Dis. **70**, 353.
12. *Ders.*, u. *A. Raymond*, Physical findings in schizophrenia. Amer. J. Psychiatry **8**, 901 (S. 137*).
13. *Brunswick, R. M.*, The analysis of a case of paranoia (delusion of jealousy). J. nerv. Dis. **70**, 1, 155.
14. *Büchler, P.*, Affektpsychose und vegetativ-endokrine Störungen. Arch. f. Psychiatr. **86**, 654.
15. *Buscaino, V. M.*, Die neuesten Untersuchungen über die Ätiologie und die Pathogenese der Amentia und der Dementia praecox. (Traubenabbauschollen, schwarze Reaktion des Urins, toxische Amine.) Psychiatr.-neur. Wschr. 167, Acta psychiatr. (Københ.) **4**, 193.
16. *Ders.*, Ricerche, istoneuropatologiche e del liquor in dementi precoci 1926—1928. Riv. Pat. nerv. **34**, 181 (S. 136*).
17. *Carrière, R.*, Schizophrenie im Verlauf malariabehandelter Paralyse u. anderer chronischer Hirninfektionen. Allg. Z. Psychiatr. **91**, 285 (S. 134*).

18. *Cesar, E. P.*, Über Katatonie und ihre Beziehungen zu den opto-striären Kernen. Mem. Hosp. Juquery (port.) 1928/9, 39 (S. 136*).
19. *Cesar, O.*, Beitrag zum Studium der innersekretorischen Drüsen bei Dementia praecox. Mem. Hosp. Juquery (port.) 1928/9, 119 (S. 136*).
20. *Combi, J.*, Le délire de quérulence. Contribution à psychiatrie sociale. Lausanne.
21. *Da Cunha Lopez*, Zur Frage der Basedowpsychosen in Brasilien. Dtsch. Z. Nervenheilk. **111**, 259.
22. *Drecker, G.*, Zur Fiebertherapie der Schizophrenie. Arch. f. Psychiatr. **89**, 39.
23. *Ewald, G.*, Die endogenen Psychosen. Fortschr. Neur. 38.
24. *Fischer, F.*, Zeitstruktur und Schizophrenie. Z. Neur. **121**, 544 (S. 130*).
25. *Frankhauser, K.*, Schizophrenie und Paranoia. Psychiatr.-neur. Wschr. 148.
26. *Frostig*, Das schizophrene Denken. Leipzig, G. Thieme. 87 S. 4 M. (S. 128*).
27. *Galant, J. S.*, Das »Schizophrenieübel«. Psychiatr.-neur. Wschr. 81, s. dazu *Lische*, ebenda 249.
28. *Ders.*, Über katatonische Kontrakturen. Mschr. Psychiatr. **72**, 68.
29. *Götz, B.*, Das Symptomenbild der Ethnophrenie. Med. Welt 1101.
30. *Gordonoff, T.*, u. *F. Walther*, Über das vegetative Nervensystem und seine Beeinflussung durch pharmakologische Gifte bei Katatonikern. Kl. W. 1179.
31. *Goriti, F.*, Schizomanie und Schizoidie. Acta I, Confer. lat. amer. de neur. (Buenos Aires) **2**, 90 (span.).
32. *Gullotta, S.*, Esplorazione della funzionalità epatica negli amenti e nei dementi precoci. Riv. Pat. nerv. **34**, 852. (S. 136*).
33. *Ders.*, Sulla presenza del sangue e nell' urina dell' uomo di sostanze aromatiche abnormi. Boll. Soc. Biol. sper. **4**, fasc. 6 (S. 137*).
34. *Hechst, B.*, Gehirnanatomische Untersuchung eines Hingerichteten. (Beitr. z. Histopath. d. Schizophrenie.) Arch. f. Psychiatr. **89**, 131.
34a. *Heine, S.*, Ein Fall von paranoischen Vorstellungen bei manisch-depressivem Irresein. Allg. Z. Psychiatr. **92**, 52 (S. 134*).
35. *Jacobi, W.*, Studien zur Schweißsekretion bei Schizophrenen. Arch. f. Psychiatr. **87**, 682 (S. 132*).

36. *Jaschke, O.*, Über die Heilfieberbehandlung der Schizophrenie. Psychiatr.-neur. Wschr. 149 (S. 136*).
37. *Jolly, Ph.*, Über Querulanten. Arch. f. Psychiatr. **86**, 372.
38. *Kant, F.*, Über die Kombination reaktiver und charakterologischer mit phasischen und prozeßhaften Faktoren in der paranoischen Wahnbildung. Ein Beitr. z. Frage der »Sensitiven Beziehungspsychose«. Arch. f. Psychiatr. **87**, 171.
39. *Kasanin, J.*, u. *M. R. Kaufman*, A study of the functional psychoses in childhood. Amer. J. Psychiatry **9**, 307.
40. *Katzmann, L.*, Über die schriftliche psychomotorische Reaktion bei Schizophrenikern. Z. Neur. **119**, 657.
41. *Kleist*, Zur hirnpathologischen Auffassung der schizophrenen Grundstörungen: Die alogische Denkstörung. Vortrag. Arch. f. Psychiatr. **90**, 850 (S. 135*).
42. *Klemperer, E.*, u. *M. Weißmann*, Arbeitsuntersuchungen bei Patienten mit manisch-depressiven Zustandsbildern. Arch. f. Psychiatr. **86**, 598 (S. 131*).
43. *Kolle, K.*, Paranoia. Fortschr. Neur. 103.
44. *Kretschmer, E.*, Psychotherapie der Schizophrenie und ihrer Grenzzustände. Z. Neur. **121**, 211 u. Ber. 4. Kongr. Ps.-ther. (S. 134*).
45. *Kronfeld, A.*, Der Schizophrenie-Begriff in der französischen Psychiatrie der Gegenwart. Allg. Z. Psychiatr. **92**, 173 (S. 132*).
46. *Ders.*, Über den Wandel des Schizophrenie-Begriffes. Mschr. Psychiatr. **73**, 140.
47. *L. R.*, Psychische Charakteristika der Schizophrenie bei Dämmerzuständen und manisch-depressivem Irresein. Internat. Z. Individ. psychol. 403.
48. *Lampl, O.*, Über Versuche, gewisse Formen der Schizophrenie mit Epiglandol außerhalb der geschlossenen Anstalt zu behandeln. M. m. W. 236.
49. *Lange, J.*, Zwillingspathologische Probleme der Schizophrenie. W. kl. W. 1213 u. 1247 (S. 132*).
50. *Levi Bianchini, M.*, u. *J. Nardi*, Malariaterapia della psicosi manicodepressiva. Arch. gen. di Neur. **10**, 5.
51. *Lewis, N.*, Mechanisms in certain cases of prolonged schizophrenia. Amer. J. Psychiatry **9**, 543.
52. *Lindner, T.*, Lipoidstudien *Stenberg*s bei manico-depressiven und schizophrenen Psychosen im Lichte der modernen Infektionstheorie. Acta psychiatr. (Københ.) **4**, 389.
52a *Lingjaerde, O.*, Psychosen behandelt mit Thyreoidtabletten und Leber. (Norw.) Nord. med. Tidskr. I. (S. 137*).
53. *Lische*, Kritische Bemerkungen zum »Schizophrenieübel« (s. diese Wschr. Nr. 7). Psychiatr.-neur. Wschr. 249 (S. 129*).

54. *Liwschitz, I. G.*, Versuch einer Behandlung der Schizophrenie mit »Cerebrotoxin«. Z. Neur. **118**, 645.
55. *Luxenburger, H.*, Über weitere Untersuchungen zur Frage der Korrelation von schizophrener Anlage und Widerstandsschwäche gegen die tuberkulöse Infektion. Z. Neur. **122**, 74 (S. 131*).
56. *Mc. Cartney, J.*, Dementia praecox als Erkrankung der innersekretorischen Drüsen. Endocrinology **13**, 73.
57. *MacC. Harrowes*, Personality and psychosis: a study in schizophrenia. J. of Neur. **10**, 14.
58. *Mauz, F.*, Der kompensierte und dekompensierte schizophrene Defekt, seine Prognose und Psychotherapie. D. m. W. 2053.
59. *Mayer, W.*, Der Formenkreis der Cyclothymien. Dtsch. Z. Nervenheilk. **111**, 176.
60. *Menninger-Lerchenthal*, Zur Behandlung der Dementia praecox (Schizophrenie). M. m. W. 1080 (S. 137*).
61. *Minkowski, E.*, Der Einfluß der modernen Charakterologie auf die psychopathologischen Probleme. Nervenarzt 129.
62. *Miskolczy, D.*, Ein Fall von Schizophrenie und Bradymetakarpie. Arch. f. Psychiatr. **88**, 168.
63. *Ders.*, Erbliche Verkürzung der Mittelhandknochen und Schizophrenie. Arch. f. Psychiatr. **87**, 242.
64. *Ders.*, u. *G. Schultz*, Eidetik und Schizophrenie. Mschr Psychiatr. **72**, 354.
65. *Moses, J.*, Die Bedeutung der Frühformen des Jugendirreseins für Schule und Schularzt. Z. Schulgesdh.pfl. 591 (S. 134*).
66. *Naumoff, F. A.*, Eine eigenartige Psychose im Zusammenhang mit einer Funktionsstörung des endokrinen Systems. Arch. f. Psychiatr. **88**, 226.
67. *Northcote, M.*, The clinical investigation of the autonomic nervous system in 50 cases of schizophrenia. J. ment. Sci. **75**, 114.
68. *Notkin, J.*, Epileptic manifestations in the group of schizophrenic and manic depressive psychoses. J. nerv. Dis. **69**, 494.
69. *Ostmann*, Studien über die präpsychotischen intellektuellen Eigenschaften Schizophrener. Allg. Z. Psychiatr. **90**, 355 (S. 131*).
70. *Ders.*, Untersuchungen über die präpsychotische Persönlichkeit bei Schizophrenen. Allg. Z. Psychiatr. **91**, 262 (S. 133*).
71. *Overhamm, G.*, Zur Amenorrhoe schizophrener Frauen. Allg. Z. Psychiatr. **91**, 445 (S. 130*).

72. *Pohlisch, K.*, Über den jetzigen Stand der Lehre von den symptomatischen Psychosen. Fortschr. Neur. 282.
73. *Rakonitz, E.*, Therapeutische Leberversuche bei schizophrenen Erkrankungen. Mschr. Psychiatr. **73**, 116 (S. 135*).
74. *Ráth, Zoltán*, Über eine erblich-dominante Form nucleärer Ophthalmoplegie in Verbindung mit Schizophrenie. Arch. f. Psychiatr. **86**, 360.
75. *Redalié, L.*, Le problème de »schizoïde-syntonie« et la genèse de la schizophrénie et de la psychose maniaque dépressive. Schweiz. m. W. 990.
76. *Reiter, F. J.*, Zur Pathologie der Dementia praecox. Leipzig, G. Thieme. 222 S., 18 M.
77. *Reiter P.*, Behandlung von Dementia praecox mit Metallsalzen a. m. *Walbum*. Seuchenbekämpfg. H. 4 (S. 133*).
78. *Ders.*, Die bisherigen Ergebnisse der Versuche mit Metallsalzbehandlung nach *Walbum* bei Dementia praecox. Psych.-iatr.-neur. Wschr. 371.
79. *Röhm, H.*, Entwicklung eines schizophrenen Hilfsschulkindes. Hilfsschule 713.
80. *Salinger, F.*, Über Sulfosinbehandlung schizophrener Psychosen. Arch. f. Psychiatr. **86**, 723 (S. 130*).
81. *Scheidegger, W.*, Katatone Todesfälle in der Psychiatrischen Klinik von Zürich v. 1900—1928. Z. Neur. **120**, 587.
82. *Schelichowsky, S.*, Endogene Psychosen und Lebensalter. Z. Neur. **121**, 448.
83. *Schewelew, N.*, Vegetative Störungen bei der Cyclophrenie. Z. Neur. **120**, 650.
84. *Schilder, P.*, Über das Hypnose-Erlebnis bei Schizophrenen. Z. Neur. **120**, 700.
85. *Schiller, G.*, Der Sexualkomplex in den Schriften Schizophrener. Allg. med. Zentr.-Ztg. 62.
86. *Schroeder, K.*, Über Sulfosinbehandlung der Schizophrenie. (Dän.) Ugeskr. Laeg. 519.
87. *Schultz, J. H.*, Zur Struktur scheinlogischer Evidenzen bei Schizophrenen. Z. Neur. **121**, 575.
88. *Seelert, H.*, Erfahrungen zur Frage der Entstehung schizophrener Krankheitssymptome. Mschr. Psychiatr. **71**, 215 (S. 135*).
89. *Seige, M.*, Neue Wege der Melancholiebehandlung. Med. Klin. 386.
90. *Sierra, A. M.*, Histopathologie der Plexus chorioidei bei Dementia praecox. Acta I. Confer. lat. amer. de neur. (Buenos-Aires) **2**, 25 (span.).
91. *Siman* u. *Schereschefsky*, Zur Frage der symptomatischen Psychosen bei Lebererkrankungen. Z. Neur. **119**, 646.

92. *Sondén, T.*, Arteriosklerose u. manisch-depressives Irresein Acta psychiatr. (Københ.) **4**, 217 (S. 137*).
93. *Stransky, E.*, Zur Klinik und Kritik der Schizophrenie. Jb. Psychiatr. **46**, 217.
94. *Strauß, H.*, Über depressive Beziehungspsychosen. Mschr. Psychiatr. **72**, 315 (S. 134*).
95. *Sullivan, H. St.*, Research in schizophrenia. Amer. J. Psychiatry **9**, 553.
96. *Vallejo Nagéra, A.*, Die Fieberbehandlung der Dementia praecox mit Pyrifer. Arch. f. Psychiatr. **88**, 244 (S. 130*).
97. *Da Villa, F. C.*, Sulla demenza precoce. Riv. sper. Freniatr. **52**, 484.
98. *Walker, H.*, Die Erkrankungsaussichten der Neffen, Nichten usw. Schizophrener. Z. Neur. **120**, 100 (S. 133*).
99. *Wertham, F. I.*, A group of benign chronic psychoses: Prolonged manic excitements Amer. J. Psychiatry **9**, 17 (S. 138*).
100. *Ders.*, Die klinische Kerngruppe der chronischen Manie. Z. Neur. **121**, 770.
101. *Wildermuth, H.*, Zirkulär oder schizophren? Z. Neur. **120**, 416 (S. 131*).
102. *Witte, F.*, Über anatomische Befunde am Verdauungsapparat von Schizophrenen. Arch. f. Psychiatr. **88**, 624.
103. *Wizel, A.*, † u. *R. Markuszewicz*, 2. Mitteilung über die Versuche der Malariatherapie bei der Schizophrenie. Jb. Psychiatr. **46**, 255.
104. *Ziegler, L.*, Clinical phenomena associated with depressions, anxieties and other affective or mood disorders. Amer. J. Psychiatry **8**, 849.
105. *Zilboorg, G.*, The dynamics of schizophrenic reactions related to pregnancy and childbirth. Amer. J. Psychiatry **8**, 733.
106. *Zutt, J.*, Die innere Haltung. (Insbes. bei schizophrenen Erkrankungen.) Mschr. Psychiatr. **73**, 52, 243.

J. Frostig-Lwow (26): Die Einführung phänomenologischer Methodik in die Psychiatrie kann nur begrüßt werden. Es ist kein Zweifel, daß sie besonders für die Schizophrenie mit ihrer abschattierungsreichen, sich vielfach vertretenden Symptomatik grundlegende Fortschritte bringen kann im Sinn der Vereinheitlichung und Verbindung im Erscheinungsbild sehr differenter Krankheitserscheinungen. *Fr.* versucht dies am Problem der widersinnigen Sätze (»Tabak ist ein Schwermetall«), die im Gegensatz zu den unsinnigen Sätzen (»Haus und oder Jagdkirchenlicht«, auch Verbigeration) nach der klinischen Erfahrung fast ausschließlich in der Schizophrenie vorkommen. Er stellt heraus, daß die Wortneubildungen der Schizophrenie sich von den Ausdrucksneubildungen der alltäglichen Sprache darin

unterscheiden, daß ihnen kein Bedeutungsaufbau vorauszugehen pflegt, daß sie entweder auf imaginative oder auf gar keine irgendwie einheitlich zu erfüllende Strukturen hinzuweisen imstande sind. Dasselbe findet sich als Kern der Krankheitserscheinung, die seit *Bleuler* als Autismus für die Symptomatologie der Schizophrenie festgelegt ist und von der Klinik als Charakterzug der schizophrenen Persönlichkeit angesehen wurde. *Fr.* behauptet, es liege im Autismus nicht nur die Abkehr von den anerkannten geltenden Strukturen einer Gruppe, nicht nur die Verneinung ihrer Werte, sondern die Auflösung der Kollektivstrukturen. Der Kranke kann nicht gruppengerecht handeln, weil ihm die Kollektivstrukturen, die »das gruppengerechte Handeln im Wege der gruppengerechten Regelung durch kollektivintentionale Akte« ordnen, abhanden kamen. Der Traum, das unbemerkte Erlebnis werden in ihrer strukturellen Eigenart zum Vergleich herangezogen, um im Sinne *Natorps* die schizophrenen Erlebnisse bei der Produktion widersinniger Sätze zu rekonstruieren, die Sprache des Traumes mit der der Poesie verglichen. Die Worte der Schizophrenen signalisieren nicht mehr kollektiv verständliche Strukturen, in ihren nominalen Bedeutungsformen werden keine Gegenstände genannt, in ihren Urteilen solche nicht gesetzt, für diese Sätze gilt weder das Gesetz der Identität noch des Widerspruchs. Die der Intendierung und Signifizierung einer Struktur zugehörigen Akte müssen in der Seele des Kranken nicht mehr aktualisiert werden können. Auch die erfüllenden Bewußtheiten können in seiner Seele nicht mehr gelebt werden, die Bewußtheiten waren aus bloßen Erlebnissen sublimiert, aus denen je nach der psychomotorischen Lage Bedeutungsformen entwickelt wurden, deren Worte nur noch als Ausdrücke der Zustände, Zeichen, Symbole zu gelten hatten.

Es ist bedauerlich, daß das Einlesen in solche Arbeiten wie die vorliegende für den nicht geistes-wissenschaftlich gebildeten Akademiker ungemein schwer ist, die Schwierigkeit wird durch manche unnötig erscheinende Fremdworte (Kalkulabilität) hier noch unnötig vergrößert. Doch erhebt sich beim Durchlesen solcher Arbeiten ebenso wie bei dem Verfolgen des Meinungsstreits psychotherapeutischer Schulbildungen, wie wir sie auf den psychotherapeutischen Kongressen zur Genüge erlebt haben, für den Psychiater immer stärker die Forderung auch einer Erweiterung seines Wissens nach der Seite der reinen Philosophie, die in Einführungskursen darzubieten wichtiger wäre wie mancher der zahlenmäßig so stark angewachsenen Kongresse.

Lische (53): Eine Ehrenrettung des *Kretschmer*schen Schizoids gegenüber Angriffen von *Galant* ohne Beibringung irgendeines neuen Gesichtspunktes, sogar die Vorzüge des Ausdrucks »Schizophrenie« gegenüber der Dem. pr. *Kraepelins* glaubt Verf. erneut betonen zu müssen, da das Wesentliche der Erkrankung die »Spaltung« sei.

Bleuler (6): Im Organismus wie in der Psyche gibt es Ganzheits- und Teilfunktionen, beim Syntonen überwiegen die ersteren (Ganzheitstendenz), beim Schizoiden die zweiten (Isolierungstendenz). Da beim Schizoiden die Ideen wie die Affekte voneinander abgesperrt bleiben, nicht konfrontiert werden, ergibt sich eine größere Neigung zu logischen Widersprüchen, andererseits die größere Fähigkeit, neue Ideen auszudenken und Erfindungen zu machen. Dabei sind beide Funktionen in ihrer Stärke voneinander unabhängig, beide können zugleich gesteigert sein, so daß eine Mischung

von Syntonie und Schizoidie möglich ist. *Bl.* bestreitet sehr einleuchtend, daß man die Menschen in Schizoide und Syntone einteilen könne. Die stärkere oder schwächere Integration auf psychischem Gebiet liegt in der allgemeinen Anlage des Individuums, dieser Gesichtspunkt wird sehr fein und einleuchtend aus der Phylogenese hergeleitet. Die Regulierung der Teil- und Ganzheitfunktion ist ein besonderer Mechanismus wie etwa die Regulierung der Blutverteilung in die verschiedenen Organe. Der Fortschritt der Schizoidie zum schizophrenen Prozeß sei so denkbar, daß eine starke Schizoidie mit starken schizochemischen Prozessen verbunden sei, eine Übertreibung der chemischen Vorgänge könne vielleicht zu Veränderungen führen, wie wir sie im schizophrenen Gehirn finden. Der dysplastische Körperbau habe bei den Schizophrenen wie bei den Epileptikern eine besondere Verbreitung, man habe Grund, hier an eine Hirnschwäche zu denken.

Fischer (24): Nach einer kurzen Übersicht über die Leistungen der Zeitpsychologie und -psychopathologie von *Wundt* bis zur Gegenwart (*Münsterberg, Palagyi*) wird aufbauend auf *Schelers*, *Heideggers*, *Bergsons* Zeituntersuchungen und ihre Übertragung auf die Psychiatrie durch *E. Strauß* und *von Gebsattel* die Deutung einer Reihe von pathologischen Zeiterlebnissen Schizophrener versucht, die mit der Krankengeschichte beschrieben sind. Diese Krankengeschichtenauszüge sind sehr wertvoll und lassen eine ausgiebige Sammlung entsprechender Dokumente von möglichst vielen Beobachtern wünschenswert erscheinen. Die *Strauß*sche Verknüpfung krankhaft verändeter Zeiterlebnisse mit der Vitalschicht, weiterhin die Verknüpfung mit der Triebschicht (*Schelers* Theorie von der Zeit als der triebhaft unterbauten Tätigkeitsform des Geistes) mag von heuristischem Wert für die Schizophrenie sein, die Deutung, die *F.* seinen Beschreibungen gibt, mutet jedoch vielfach reichlich konstruiert und voreilig an, die von ihm ausgesprochene Vermutung, daß vielleicht jede Schizophrenie eine Zeitstörung enthält, zieht aus seinen Deutungen wenig Beweiskräftigkeit. Die besonders wichtige Krankengeschichte 6 der Pat. Ze. betrifft zudem eine Erkrankung, in der pathogenetische Einflüsse eine rein schizophrene Erkrankung zweifelhaft erscheinen lassen.

Salinger (80): In 2—4 Fällen unter 16 behandelten Schizophrenien traten Besserungen durch eine Sulfosinkur ein. Anwendung tief intramuskulärer Injektionen in 2—3 tägigem Intervall von 1—10 ccm ansteigend. Wohl nur die bisherige Aussichtslosigkeit der arzneilichen Therapie der Schizophrenie läßt aus diesem Erfolg die Empfehlung weiterer Versuche verständlich erscheinen.

Vallejo Nagéra (96): In 4 von 10 Fällen waren bei Schizophrenie Pyriferkuren wirksam, hinsichtlich der fiebererzeugenden Wirkung hatte Pyrifer in 80% der Fälle Erfolg, die Unschädlichkeit wird hervorgehoben.

Overhamm (71): 11 Fälle von mindestens $^1/_4$ Jahr bestehender Amenorrhoe schizophrener Kranker mit normalem Genitalbefund wurden mit Panhormon Hennig, nach dem Verf. einem relativ niedrig eingestellten Präparat, in je 35 Injektionen maximal behandelt. In 5 Fällen setzte die Menstruation wieder ein, 4 ohne, 1 mit Verschlechterung des psychischen Verhaltens. Die psychotische Lähmung des Systems Hypophyse-Ovarium-Uterus weise auch dann noch Tiefenunterschiede auf, wenn sie bis zur Amenorrhoe vorgeschritten ist. Das endokrine System nimmt

bekanntlich im Endstadium der Psychose seine Funktion wieder auf. Die Beseitigung des Symptoms Amenorrhoe blieb im allgemeinen ohne Einfluß auf die Krankheit selbst.

Ostmann (69): Eine Durchzählung von 853 Fällen der L. H. A. Schleswig ergab das Überwiegen der intellektuell mittelmäßig Veranlagten (47,1%), die gut bis ungewöhnlich hoch Begabten stehen an 2. Stelle (28,9 bzw. 7,6%), die mangelhaft bis schlecht Begabten an 3. Stelle (11,7 bzw. 4,9%). Unter den Mittelmäßigen war der höchste Prozentsatz derer, bei denen erbliche Belastung nicht nachzuweisen war bzw. niedrigste Werte hatte. Das Erkrankungsalter lag am niedrigsten bei den Schlechtbegabten, am höchsten bei den Mittelmäßigen.

Wildermuth (101): 8 Krankheitsfälle der Württ. H. A. Weinsberg werden z. T. ausführlich beschrieben, um darzutun, daß selbst bei langjähriger Beobachtung die Differentialdiagnose zwischen zirkulär und schizophren offen bleibt, nach dem Material der Anstalt kommen die zweifelhaften Fälle den klaren zahlenmäßig fast gleich. *W.* meint, daß auch die innere Medizin ohne Pathologie, Bakteriologie und Serologie ebenso dastehen würde wie die Psychiatrie. Neue Kriterien für die Unterscheidung werden nicht versucht.

Luxenburger (55): Aus einem Material von 915 Familien ergab sich, daß die Eltern ebenso wie die Geschwister (Ergebnis früherer Untersuchungen) für das manisch-depressive Irresein und die Durchschnittsbevölkerung eine weitgehende Übereinstimmung der Ziffern der Tuberkulosesterblichkeit erhalten, während die Ziffern der Eltern der Schizophrenen in der Tuberkulosesterblichkeitskurve weit über jener der beiden andern liegen. Das stärkere In-die-Erscheinung-treten der mangelnden Widerstandsfähigkeit bei den Eltern als bei den Geschwistern der schizophrenen Probenden war vererbungstheoretisch zu erwarten. Die mangelnde Widerstandsfähigkeit gegen Tuberkulose steht in positiver Korrelation zur schizophrenen Erbanlage. Es handelt sich bei dem komplexen Begriff dieser mangelnden Widerständsfähigkeit möglicherweise um ein Merkmal, das einer Form des rezessiven Erbganges folgt, eine erbliche Schwäche der geweblichen Potenz des mesodermalen Stützgewebes, die mit der Anlage zur schizophrenen Ganglienzellenerkrankung und der Reaktionsträgheit des ektodermalen Stützgewebes in Faktorenkoppelung steht. Das phänotypische Resultat dieser genotypischen Beziehung stellt die größere Zahl letaler Tuberkuloseerkrankungen bei denjenigen Personen dar, die mit der schizophrenen Erbanlage als rezessive Homozygoten oder als Heterozygoten (Sonderlinge nach *Schulz*) behaftet sind.

E. Klemperer und *M. Weißmann* (42): An 9 hypomanischen, 10 angstmelancholischen, 4 depressiven Frauen wurden bei leichter Arbeitsleistung Blutuntersuchungen vorher, nachher und nach 10 Minuten Ruhepause ausgeführt. Bei hypomanischen Zustandsbildern wurde ein niederer Sauerstoff- und hoher Kohlensäuregehalt des venösen Blutes gefunden, nach leichter Arbeit steigt der Sauerstoffgehalt stark an, der Kohlensäurespiegel nimmt ab, der Milchsäurespiegel zu. Bei Angstzuständen besteht ein hoher Sauerstoffgehalt und niederer Kohlensäuregehalt des Blutes, also eine vergrößerte Blutgeschwindigkeit, wahrscheinlich auch eine Azidose. Die Untersuchungen erscheinen noch mit manchen Fehlerquellen belastet, viel theoretische Überlegungen müssen ein hypothetisches Stütz-

gerüst abgeben, die Zahl der ausgeführten Untersuchungen ist bedauerlich klein, bei weitaus den meisten Untersuchungen wurde eine Wiederholung anscheinend nicht ausgeführt.

W. Jacobi (35): Die Untersuchungen erfolgten mit einer von *Minor* angegebenen Farbmethode: Vorbehandlung der Körperoberfläche mit einer aus Jod, Rizinusöl und Spiritus zusammengesetzten Flüssigkeit, dann Stärkemehlpuderung, Glühlichtkasten, und ergaben bei 12 unter 29 Fällen bleibende Asymmetrien in der Ausbildung der Schweißfelder, bei weiteren 12 nur vorübergehende, in beiden Gruppen, meist so, daß gleichzeitig ein Körperteil stärker auf der rechten, ein anderer auf der linken Seite schwitzte. In 2 Fällen waren keine Seitenunterschiede festzustellen.

J. Lange (49): Zwillingseigenschaft hat keinen positiven Einfluß auf Schizophrenie, obwohl sie intrauterin, post partum und in der ersten Lebenszeit mit überdurchschnittlich schweren exogenen Schädigungen verbunden ist. Von 17 Fällen aus 106 Zwillingspaaren (*Luxenburger*) waren alle Zwillingspartner am Ende der Gefährdungsperiode auch schizophren erkrankt, für die Manifestationszeit spielen Umwelteinflüsse eine nicht unerhebliche Rolle. Monohybridismus im schizophrenen Erbgang läßt sich nach der Zwillingsforschung mit Sicherheit ausschließen. Aus der Betrachtung kasuistischen Materials gibt *L.* als wahrscheinlich weitere Hinweise auf den Umstand, daß häufigere körperliche Erkrankung mit einer schwereren Ausprägung der Psychose einhergehen, der klügere Partner eher und schwerer erkrankt, Temperaments- wahrscheinlich auch Charakterunterschiede nicht selten sind; geringere Unterschiede im sexuellen Verhalten, vor allem auch in der libidinösen Gesamteinstellung sind durchaus nicht selten. Prämorbide Unterschiede können dabei im Endzustand sich ausgleichen. Es läßt sich die Frage aufwerfen und bedarf weiterer Prüfung, ob homosexuelle Einstellungen unter schiz. Zwillingen häufiger sind. Auftreten von Haßregungen unter Zwillingen, die Bedeutung, die die Zwillingsgemeinschaft für die Entwicklung hat, werden kurz angedeutet.

A. Kronfeld (45): Die *Kraepelin*sche Lehre der dem. praec. hat in Frankreich wenig eingewirkt, weil man dort die Herausarbeitung des führenden Symptoms für das wichtigste hielt, erst *Bleulers* Werk fand hauptsächlich durch *Minkowski* starken Nachhall in der französischen Forschung, dies hing damit zusammen, daß *Bl.* symptomatologischer Psychopathologe war. *Claude* und seine Schule haben gegenüber der deutschen Psychiatrie nichts wesentlich Neues gebracht, die Beziehungen aber verschwiegen. Ihre Schizoidie kommt über die Lehren von *Kretschmer, Hoffmann, Kahn* nicht hinaus, erreicht sie zum Teil nicht. Die Schizomanie ist die Phase oder der Schub psychisch reaktiver Art, die Schizophrenie eine ausgesprochen organische Psychose, *Claude* hat zu ihrer Unterscheidung die Ätherisierung erfunden; da der direkte anatomische Beweis nicht gelingen konnte, hoffte er auf diese Weise die psychomotorischen Störungen zu gliedern. Die französische Lehre von den Automatismen, ihr Einbruch ins Gemeingefühl, in die Sinnestätigkeit und ins Denken kann unsere Anschauungen nicht fördern. Die andere Gruppe von Arbeiten zur Schizophrenielehre stammt von *Minkowski* und *Mignard,* es ist die psychopathologische Richtung. *Minkowski* baute *Bleulers* Lehre vom Autismus als Grundsymptom der Schizophrenie weiter aus, unter *Bergsons* Einfluß kam er auf eine Störung des vitalen Instinkts, der hinter den ver-

schiedenen Formen des Autismus stecke. Die Schizophrenie ist ihm die Krankheit des Instinkts, ihre Grundstörung der Wirklichkeitsverlust, der sich in den verschiedensten Einzelhaltungen äußern kann, hinter denen immer die ganze Persönlichkeit steckt. Der *Bergson*-Schüler *Mignard* verwirft alle Lehrmeinungen, die »der schöpferischen Aktivität und Spontaneität der seelischen Monade« widersprechen, abnorme Leibeszustände bemächtigen sich der seelischen Einheit und diese antwortet durch eine seelische Umstellung. Alle Symptome der Schizophrenie sollen sekundäre Gebilde der veränderten Gesamtpersönlichkeit sein, »Psychose discordante«.

Ostmann (70): Die Erhebungen betreffen 1200 Patienten der H. A. Schleswig, die Gruppierung geschah nach der sozialen Einstellung als »gesellig« 21,5% und »ungesellig« 43,5%, die erste Gruppe umfaßt neben unauffälligen leichtlebig-haltlose, eitle, empfindliche Typen, die zweite affektlahme, überempfindsame, reizbare, berechnend sich abschließende, hinterhältige. *O.* unterscheidet weiter 13,7% als oberflächlich gesellige ohne tieferen Rapport oder von sprunghaftem Wechsel, mit Geltungsbedürftigkeit und 21,3% bedingt gesellige, die aus Nützlichkeitsgründen Umgang suchten, aber Form und Distanz wahren.

Reiter (77) glaubt mit der *Walbaum*schen Behandlung — intravenösen Injektionen von molekularen Lösungen verschiedener Metalle, besonders Mangan und Kupfer — bei Schizophrenie wesentliche Besserungen erzielt zu haben. Die Versuche sind in Dänemark, von anderen in Schweden, Holland, Tschechoslowakei, Kanada ausgeführt worden. Von Kombination mit Vakzine- und Organotherapie ist er abgekommen. Theoretischer Ausgangspunkt ist die Annahme, daß bei der Schizophrenie eine Autointoxikation als ätiologischer Faktor eine entscheidende Rolle spiele, als Folge endokrin-vegetativer Stoffwechselanomalien oder einer Infektion(!). Als Reaktion auf optimale Dosen, deren Erzielung schwierig und zu überhaupt irgendwelchen Erfolgen notwendig erscheint, glaubt er Anstieg des Körpergewichts (mit Vorsicht), Steigerung von Pulsunregelmäßigkeiten, Temperaturerhöhungen (10 Messungen, alle Halbstunde nach der Injektion), Normalwerden der Blutsenkungsgeschwindigkeit angeben zu können.

Walker (98): Die Erkrankungsziffern an Schizophrenie für die Großneffen und Großnichten sind kleiner als die für die Neffen und Nichten und nicht größer als diejenigen der Durchschnittsbevölkerung; unter den Großneffen usw. finden sich auch relativ weniger Persönlichkeiten mit irgendwelchen abnormen Charaktereigenschaften. Dadurch ist der von *Rüdin* angenommene polyhybridrezessive Erbgang der dem. praec. gestützt. Die Basler Erkrankungsziffern sind durchweg höher als die für den Münchner Zählbezirk. Epilepsiefälle sind unter den Großneffen, den Neffen usw. wie auch bei den Probandengeschwistern häufiger als bei der Durchschnittsbevölkerung.

Banse (3): Die Wahrscheinlichkeit, an man.-depr. Irresein zu erkranken, ist bei Vettern und Basen Manisch-Depressiver 1,22% dreimal so groß wie bei der Durchschnittsbevölkerung. Das Auftreten des man.-depr. Irreseins nimmt bei den Geschwistern, und wiederum bei den Probandeneltern in einem Verhältnis zu, das dem bei einfacher Dominanz 1 : 2 : 4 nahekommt. Es ist also eine besonders starke Erbintensität des man.-depr. Irreseins festzustellen. Die Epilepsie hat keine deutliche Affinität zum man.-depr. Irresein.

Strauß (94): Referiert sind 2 Fälle, eine dem man.-depr. Irresein nahestehende Psychose, in deren Erblichkeit auch Zwangserscheinungen eine erhebliche Rolle spielen, die 4 Jahre anhielt und hypomanisches Vor- und Nachstadium zeigte, deren Wahn- und Beziehungsideen auf das Handeln des Erkrankten keinen Einfluß bekamen, sowie ein zweiter Fall, wo der Vater Züge aus dem epileptischen Formenkreis aufwies, mit Symptomen hypochondrischer Art, Entschlußunfähigkeit, Lebensüberdruß, Beziehungsideen. Die Bezeichnung paranoide Melancholien wird abgelehnt, Ähnlichkeit mit *Kleists* akuter und periodischer Beziehungspsychose festgestellt.

Kretschmer (44): Bei bestimmten Gruppen von Komplexen beteiligen sich die Schizoiden mit auffallender Häufigkeit. Wichtig ist vor allem die Stellung zum Vater, wobei es sich hier meist eher um Störungen, die in der Pubertätszeit entstehen, handelt, im Sinne des Stehenbleibens in der sonst nur als Durchgangsstadium dienenden Protestphase, nicht um Ödipuskomplexe. Eine andere Gruppe therapeutischer Phänome entspringt aus der schizoiden Affektdynamik. Man darf sich dabei nicht täuschen lassen durch eine negativistische Fassade, die Mißerfolg der Behandlung vortäuschen könnte. Das Hochkommen schizophrener Tiefenmechanismen kann plötzlich beim Schizoiden die Symptome der schizophrenen Psychose herausholen. Der sogenannte schizophrene Reäktionstyp ist recht selten, kommt aber vor. Häufiger ist der reaktive Beginn der schizophrenen Psychose in Anknüpfung an bestimmte Erlebniskomplexe mit souveränem Verlauf. Die vitalen Bedrohungen, z. B. Schreck, Strapazen, spielen eine wesentlich geringere Rolle wie die erotischen und religiösen Affektgruppen.

Bei der Therapie der akuten schizophrenen Psychose wird die direkte Analyse abgelehnt wegen gelegentlich schwererer Explosionen katatoner Tiefenmechanismen. Eine behutsame Exploration sollte bei ihnen im wesentlichen nur ein möglichst zusammenhängendes Bild der Struktur möglich machen.

Die Therapie der Postschizophrenie dient der Verbreiterung der geschmälerten Basis, auf der der Defekte den Kampf mit dem Leben wieder aufnehmen muß. Nicht aufdeckende, sondern zudeckende Therapie, Bemühungen im Sinne der Abkapselung, Bedeutung der Arbeitstherapie im Sinne *Simons*. Schizophrenien mit neuroseähnlichem Überbau geben viel weitertragende therapeutische Chancen. Als Zielbild der Psychotherapie hebt Kr. die Herausarbeitung eines verinnerlichten Individualismus aristokratischer Tönung als den einen Pol der Therapie, die Formung einer brauchbaren Arbeitsmaschine als den anderen hervor.

Moses (65) weist an Hand einiger Beispiele auf die Bedeutung hin, die der schulärztlichen Tätigkeit für die Erkennung von Anfangszuständen des Jugendirreseins zukommen kann (auffallendes Verhalten im Kreis der Kameraden bei noch unveränderten Klassenleistungen (Autismus), Schulschwänzen aus verblaßtem Interesse oder Furcht vor Auslachen, unverständliche, asoziale Handlungen).

Heine (34a): Verhältnismäßig starke paranoische Einschläge in einem Fall von zirkulärer Psychose schildert *Heine* unter dem Aspekt *Specht-Ewald*scher Anschauungen.

Carrière (17): Daß sich zwei Krankheiten überschneiden können, ist an sich kein Problem, interessant wäre es zu erfahren, welche komplexen Erscheinungsphänomene sich daraus ergeben. Die Auswertung der

*Carrière*schen Fälle zeigt nur, wie grob und unzulänglich die Kriterien sind, aus denen Verfasser den Übergang von Paralyse in Schizophrenie glaubt entnehmen zu dürfen. Daraus ergeben sich gewiß keine unterstützende Faktoren für eine Fokaltheorie oder exogene Entstehungsweise der Schizophrenie.

Kleist (41) stellt im Verfolg seiner hirnlokalisatorischen Untersuchungen um die Schizophrenie fest, daß ein Teil der schiz. Sprachstörungen sensorisch-aphasischer Natur und der Rindenschädigung im Bereich des linken Schläfenlappens zuzuordnen sei — Sprachverständnisstörungen, feinere Mängel der Namen- und Satzfindung, Wortvergreifung, Wortneubildung —. Ein anderer Teil erinnert an das Krankheitsbild der transkortikalen motorischen Aphasie — Wortkargheit und Behinderung im Gebrauch der Worte —. Die Gradunterschiede erklären sich, weil die Zellausfälle in der Hirnrinde bei Schizophrenie diffus, schicht- und fleckweise sind.

Da wo das Denken der Schizophrenen am wesentlichen der Aufgabe vorbeigeht, braucht er den Ausdruck Paralogien, unvollkommenes Auftauchen und Vermengung von Begriffen, auch Quelle eines ungereimt wahnhaften Denkens, in schweren Fällen ähnlich der ideatorischen Agnosie. Solche paralogischen Störungen setzt er in Beziehung zu kortikalen Störungen im Bereich des linken Okzipitallappens, sie sei eine Störung in Ordnung und Kontrolle der Abläufe.

Neuerdings fand er bei Hirnhautverletzungen alogische Denkstörungen, d. h. Unproduktivität im Denken und Unfähigkeit zu Denkvollzügen ohne Paralogien. Sie sind abzugrenzen von frontaler Antriebsschwäche und Hirnstammakinese, sie gleichen gewissen Störungen Schizophrener, insbesondere bei unproduktiven Hebephrenen. Außerdem kommen bei Schizophrenen von den Stammganglien ausgehende Sprachstörungen vor (Katatonie) sprachliche Stereotypien, Iterationen, lautliche Parakinesen.

Es ergibt sich, daß auch beim Denken sensorisch-ordnende und motorisch vollziehende Anteile zu sondern sind.

Seelert (88) zeigt an zwei Beispielen, die über 31 bzw. 22 Jahre in Anstalten behandelt wurden, daß hinzukommende, organische Hirnschädigungen keine Änderung der schizophrenen Erkrankung hervorbrachten. Gehirnschädigungen mit anatomischer Läsion haben deswegen für die der Schizophrenie zugrunde liegenden Vorgänge keine Bedeutung. Die geschilderten Gehirnkrankheiten hatten nach ihrer Lokalisation, Ausbreitung, Art und Intensität keine schizophrenen Reaktionen ferner erzeugen können. Für akzidentelle Infektion gilt das gleiche, durch sie entstehen auch bei Schizophrenen Zustandsbilder vom Typ der exogenen Reaktionsform. Gleiche Erfahrung mit Saprovitan. Bei diffusen schweren Veränderungen des Gehins infolge akzidenteller Krankheiten kommt es zum Schwinden schizophrener Symptome, z. B. *Korsakow*. Bedeutung von Schwangerschaft und Wochenbett abgestritten. Es steckt daher hinter der Schizophrenie etwas anders als hinter den exogenen Reaktionsformen.

Blume (8, 9) berichtet aus den Wittenauer Anstalten von Neosaprovitan-Behandlung akuter Schizophrenie bei Frauen im Alter von 20—36 Jahren, er rechnet günstige Beeinflussung in 57%, den gleichen Prozentsatz wie bei seiner früheren Veröffentlichung von 26 Fällen.

Rakonitz (73): Ausgangspunkt der therapeutischen Versuche war die humorale Insuffizienz der Schizophrenen. Die Leber gilt als Hauptbeteiligter

der humoralen Zusammensetzung des Organismus. Dafür sprechen bei depressiven Verstimmungen Icterus catarrhalis, psychische Symptome bei Lebererkrankungen, die Leberschädigung in deliranten Zuständen. Bei den Abbauversuchen der innensekretorischen Forschung fand man bei Schizophrenen Leberabbau. Es wurden mindestens 800—1200 g Leberersatz verfüttert. Erscheinungen und Komplikationen sind einzeln aufgezählt. Einen therapeutischen Erfolg haben die Versuche nach *R.* nicht gehabt.

Jaschke (36) hat 21 Fälle von Schizophrenie mit Neo-Saprovitan behandelt. 4 Kranke mit katatonischem Zustandsbild erfuhren eine Besserung, bei den übrigen 17 (Hebephren-katatonische, Paranoide, Dementia simplex) blieb die Kur erfolglos. Verf. äußert sich sehr kritisch über die Erfolge der Fieberbehandlung bei Schizophrenie, will die Methode aber bei geeigneten Fällen (frischen Katatonien) weiter verfolgen. *H. Müller.*

Buscaino (16) gibt einen Überblick über die in der Literatur der Jahre 1926 bis 1928 mitgeteilten pathologisch-anatomischen und Liquoruntersuchungen bei Dementia praecox. Diese ist von ihren ersten Entwicklungsstadien ab von anatomischen und histochemischen Läsionen begleitet; enzephalographische und Liquorbefunde beweisen schon im Leben den organischen Charakter des Leidens. Die völlig unregelmäßige Verteilung der Läsionen entspricht dem dissoziativen Charakter der schizophrenen Symptome. Die Beteiligung des extrapyramidalen Systems erklärt das katatone Syndrom eines Teils der Fälle. Bestätigt wurde die Rolle der Traubenabbauschollen als Ausdruck besonderer biochemischer Prozesse und zwar vor allem im Nervensystem der Kranken mit Dementia praecox; es handelt sich nicht um technische Kunstprodukte. *Jolly.*

P. Cesar (18) konnte die Gehirne von 10 wegen Dementia praecox mit katatonischen Symptomen in die brasilianische Anstalt Juquery aufgenommenen Patienten untersuchen. Besonders charakteristisch sei die ausschließlich degenerative Natur der Läsionen, die nicht herdförmig, sondern diffus sind und in der Gegend der Rinde vorherrschen; am meisten sind hier befallen die Assoziationszonen, besonders in der Gegend der Frontallappen. Nicht weniger wichtig seien diejenigen in der Gegend der opto-striären Kerne und zwar im Pallidum plus Striatum, während sie im Sehhügel in der Regel viel geringer seien. Die symptomatologische Ähnlichkeit von Dementia praecox und Enzephalitis müsse durch eine Gleichheit der Lokalisation der Läsionen und nicht durch eine ätiologische Gleichartigkeit verursacht sein. Es sei anzunehmen, daß es sich bei ersterer um eine toxische Schädigung mit Bevorzugung der Ganglienelemente des Nervensystems handele. *Jolly.*

O. Cesar (19) stellte in 11 Fällen von Dementia praecox Untersuchungen der Drüsen mit innerer Sekretion an, und zwar der Schilddrüse, der Nebennieren, der Hoden bzw. Eierstöcke. Er fand meistens ausgesprochene und mannigfache Veränderungen. *Jolly.*

Gullotta (32) stellte nach einer Reihe von Methoden Blut- und Urinuntersuchungen an. In den 12 untersuchten Fällen von Amentia und in 9 unter 25 Fällen von Dementia praecox waren die Ergebnisse übereinstimmend, und zwar konstatierte er eine sekundäre Leberstörung von intestinaltoxischem Ursprung. Es waren dies bei Dementia praecox die frischen oder verschlimmerten Fälle, was bestätige, daß Amentia und Dementia praecox ein und dieselbe Genese haben. *Jolly.*

Gullotta (33) bringt nähere Mitteilung über das Vorhandensein abnormer aromatischer Substanzen im Blut und Urin von Kranken mit Amentia und Dementia praecox.

Menninger-Lerchenthal (60) führte bei Dementia praecox eine Behandlung mit Typhusvakzine nach *Besredka* derart durch, daß je nach der körperlichen Rüstigkeit in gleichen Abständen 2 oder 3 intravenöse Injektionen wöchentlich verabreicht wurden mit einer Ruhepause von 14 Tagen zwischen je 10 Injektionen, von denen im ganzen 30 gegeben wurden. Unter 68 Fällen trat bei 21 eine Remission, 22 eine Besserung, 11 eine Verschlechterung, 14 keine Wirkung ein. Medikamentös wurde zur Unterstützung Ovosan bzw. Testosan gegeben. *Jolly.*

Torsten Sondén (92) stellte eine statistische Untersuchung über die Frequenz der Arteriosklerose mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse bei Psychosen auf. Nach einem wertvollen Überblick auf die in der Literatur zu findenden ähnlichen Arbeiten, bringt er Statistiken, die sich auf Hunderte von Fällen aus 48 Jahren erstrecken, ein sehr wertvolles Material, welches durch seine eigenen Untersuchungen und Vergleiche zwischen Geistesgesunden und Geisteskranken noch wertvoller wird. Er faßt seine Befunde im folgenden zusammen: 1. Vor dem 30. Lebensjahre kommt Arteriosklerose nur selten, als reine Ausnahme vor. 2. Auch zwischen 30 und 39 ist sie selten, doch etwas häufiger. 3. Vom 40. Lebensjahr angefangen steigt die Frequenz an Arteriosklerose rasch. 4. Zwischen 60 und 69 fehlt sie recht selten. 5. Von 70 angefangen ist sie Regel und fehlt nur in Ausnahmefällen. 6. Die beiden Geschlechter scheinen gleichmäßig beteiligt zu sein. 7. In allgemeinen Krankenhäusern scheint sie häufiger zu sein als in Irrenanstalten, wahrscheinlich weil die Pflege in diesen letzteren eine gewisse konservierende Wirkung ausübt. 8. Bei luetischen Psychosen ist sie wahrscheinlich häufiger als bei anderen Geisteskrankheiten. 9. Ein Unterschied der Häufigkeit der Arteriosklerose bei Dem. praecox und manisch-depressivem Irresein läßt sich nicht nachweisen. 10. Die von manchen angenommene Ansicht von einem Zusammenhang zwischen Arteriosklerose und manisch-depressivem Irresein wird durch die Erfahrung nicht wahrscheinlich. *B. Révész.*

Karl M. Bowman and *Alice F. Raymond* (12) haben im Boston Psychopathic Hospital 1196 Fälle von Schizophrenie mit 836 Fällen von manisch-depressivem Irresein und 412 Fällen von Paralyse verglichen. Die somatischen Befunde sind wesentlich dieselben bei Schizophrenie und manisch-depressivem Irresein, während sie sich in vielen Beziehungen von der Paralyse unterscheiden. Leukozytose ist ein häufiger Befund in Schizophrenie, ist aber eben so gewöhnlich bei manisch-depressivem Irresein und bei Paralytikern zu treffen. Alkoholismus ist selten bei jenen beiden Krankheiten, häufiger jedoch bei der Paralyse. Schwangerschaft, Geburten und lebende Kinder sind seltener in der Schizophrenie, weil weniger Schizophreniker heiraten. Doch kommen unter den verheirateten Schizophrenikern ebensoviele Schwangerschaften vor als in den beiden anderen Gruppen. *B. Révész.*

Lingjaerde (52a): Bei relativ günstig verlaufenden Fällen fand *Wigert* seinerzeit bei Dementia praecox-Kranken palpable oder vergrößerte Schilddrüse, vermutlich als Ausdruck für vermehrte Funktion, möglicherweise als Glied im Kampf des Organismus gegen die Schizophrenie. Unter-

suchung des Grundstoffwechsels mit *Kroghs* Respirationskalorimeter an 130 Kranken zeigte aber normalen oder herabgesetzten Umsatz. Jedoch sagt das noch nichts, da normale Zahlen bei sehr niedrigem Ausgangspunkt doch schon eine Vermehrung bedeuten können, es handelt sich um relative Werte. Nimmt man eine Thyreoidea-Insuffizienz an, so müßten Thyreoideapräparate gute Ergebnisse zeigen, was meist fehlgeschlagen ist. Verf. empfiehlt besonders die Fälle mit Apathie, Stupor, herabgesetzter Reaktivität für Schilddrüsentherapie. Er sah oft Gewichtszunahmen bei vorsichtiger Dosierung, aber auch bei relativ großen Dosen, und ging allmählich zu stärkeren Dosen über, hielt die Kranken auf einem Stoffwechsel von 110—115 und einem Puls von 80—100, oft monatelang. Von 20 Schizophrenen zeigten 8 bedeutende, 5 deutliche Besserung. Wichtig ist dabei die Kohlehydratzufuhr, da die Leber auf Mangel daran mit Urobilinurie antwortet (*Fischlers* glycoprive Intoxication), ihre antitoxische Fähigkeit scheint von ihrem Glykogeninhalt abzuhängen (*Roger*). Schließlich kombinierte Verf. dann die Thyreoidea-Kohlehydrat-Therapie noch mit Leberpräparaten. Hierbei wurden die Ergebnisse sehr günstig. Von 38 so behandelten Kranken sind 5 Nicht-Schizophrene geheilt, 17 Schizophrene deutlich gebessert oder geheilt, nur 9 zeigten sich unbeeinflußt. Bei allen trat die Besserung unmittelbar im Anschluß an die Behandlung auf, die nicht als Spezificum gewertet wird, sondern als eine in manchen Fällen ausreichende günstige Unterstützung natürlicher Heilungstendenzen. Die Behandlung dauerte von 2 bis 11 Monaten. *Carrière.*

Otto Beyerholm (52): *Cotton, Buscaino, Reiter* haben auf die Möglichkeit einer Beziehung zwischen Dementia praecox und gastro-intestinalen Leiden hingewiesen. Gehäufte Todesfälle von Schizophrenen infolge unspezifischer Magen-Darmstörungen (meist etwas erhöhte Temperatur, plötzlich einsetzende übelriechende Durchfälle, Erbrechen, auffallend refraktär gegen jede Therapie, meist keine Schmerzen, aber fast stets hartnäckige Nahrungsverweigerung, geringe, uncharakteristische objektive Befunde, keine äußere Ursache, nicht ansteckend, Widal negativ »Gastroenteritis maligna schizophrenorum«) veranlaßten *Beyerholm* zu seiner Untersuchung. Von 152 Todesfällen weiblicher Schizophrener in den Jahren 1923—1927 hatten 20% die Todesursache Gastroenteritis, von 242 Todesfällen anderer Psychosen nur 0,82%. Bei den männlichen Kranken ganz entsprechende Zahlen: 23,3% schizophrener gegen 1,7% nicht-schizophrener Todesfälle, zusammen in den 5 Jahren von 212 gestorbenen Dementia praecox-Kranken 22% Gastroenteritis, von 418 anderen gestorbenen Psychosen nur 1,2%. Zweitens untersuchte *Beyerholm* die Magenfunktion bei 50 Kranken mit sicherer Dementia praecox, willkürlich leichte und schwere Fälle der verschiedenen Unterabteilungen dieser Krankheitsgruppe. Untersuchung nach *Ewalds* Probemahlzeit: 70% zeigten deutliche Störung der sekretorischen Funktion des Magens: nämlich 10% Hypazidität und 62% Anazidität. Todesursachen und Funktionsprüfung dürften daher das entschieden häufigere Vorkommen gastrointestinaler Störungen bei Dementia praecox gegenüber anderen Psychosen und Normalen beweisen. *Carrière.*

Wertham (99) gibt zunächst einen historischen Überblick über chronische Manie. Auf Grund von 7 eigenen Fällen kommt er zu folgenden Schlüssen: Die Anfälle beginnen in höherem Alter, sie ändern das Bild, Schwankungen treten auf, die lebhaften Krankheitsäußerungen flauen ab,

Wahnideen zeigen sich. Chronischer Verlauf wird begünstigt: 1. durch ein konstitutionelles Element, indem depressive Anfälle fehlen und prämorbid manische Züge erkennbar sind, 2. durch »psychobiologische Starrheit« auf Grund des höheren Alters, der ganzen Veranlagung und intellektueller Schwäche. — Aus statistischer Verarbeitung von 2000 Erstaufnahmen von Manie ergab sich, daß die Anfälle durchschnittlich $34^1/_2$ Woche dauerten, am häufigsten 4 Monate, zu $8^0/_{00}$ über 5 Jahre. Durchschnittsalter 32 Jahre, die Spitze bei 25 Jahren. Ausführliches Literaturverzeichnis. *H. Müller.*

---

6. Organische Psychosen.

Ref.: Langelüddeke-Hamburg.

1. *Adlersberg, D.,* Über das Verhalten des Gallenblasenentleerungsreflexes bei Erkrankungen des Hirnstammes. Wien. Arch. inn. Med. **18,** 1.
2. *Alkan, L.,* Anatomische Organkrankheiten aus seelischer Ursache. Stuttgart, Hippokrates-Verl. 144 S. 9,— M.
3. *Alurralde, M.,* u. *M. J. Sepich,* Vorzeitiges Auftreten und Häufigkeit der Neurosyphilis; ihre gewöhnlichen Formen. (Span.) Verh. d. 1. lat. amerikan. Kongr. f. Neur., Psychiatr. u. ger. Med. **1,** 221 (S. 181*).
4. *v. Angyal, L.,* Zur Kenntnis der postencephalitischen Antriebs- u. Gedächtnisstörungen. Z. Neur. **122,** 187.
5. *Astwazaturow, M.,* Über einige Kunstgriffe zur Beseitigung der extrapyramidalen Akinesien und Krämpfe. Dtsch. Z. Nervenheilk. **109,** 252.
6. *Backmund, Kh.,* Zur Strahlenbehandlung der Hirntumoren. M. m. W. 1239.
7. *Bailey, P.,* Zur Diagnose und Therapie intrakranieller Tumoren. W. m. W. 505.
8. *Bakuleff, A. N.,* Beitrag zur Pneumographie der Hirnabszesse. Zbl. Chir. 1619.
9. *Bau-Prussak, S.,* u. *L. Prussak,* Über epileptische Anfälle bei der multiplen Sklerose. Z. Neur. **122,** 510.
10. *Baumecker, H.,* Zur Frage des primären Entstehens und der Wachstumbedingungen des Melanoms im Gehirn. Frankf. Z. Path. **37,** 118.
11. *Belbey, J. C.,* Der Geisteszustand der Leprösen. (Span.) Actas I. Confer. lat. amer. de neur. (Buenos Aires) **1,** 537 (S. 181*).

12. *Bender*, Ein Beitrag zur Pathologie der malariabehandelten Paralyse. Allg. Z. Psychiatr. **92**, 116.
13. *Benvenuti, M.*, Ricerche sulla presenza della spirocheta pallida nel liquido cefalo rachidiano dei sifilitici nervosi. Riv. sper. Freniatr. **53**, 35.
14. *Berberich, J.*, u. *M. Fineberg*, Apoplexie und Schwerhörigkeit. Arch. Ohr- usw. Heilk. **121**, 209.
15. *Bergel, A.*, Ein Fall von Encephalitis nach Vaccination. Med. Klin. 1890.
16. *Berger, E.*, Experimentelle Beiträge zur Frage der postvakzinalen Encephalitis. Zbl. Bakter. I. Orig. **110**, 138*.
17. *Berger, R.*, Beitrag zum Gehirnaneurysma. Prakt. Arzt 294 u. 313.
18. *Beringer*, Über das Vorkommen der epidemischen Encephalitis in Burjatio-Mongolien. J. Psychol. u. Neur. **39**, 254 (S. 167*).
19. *Bermann, G.*, Depressionszustände bei nicht erkannter Postencephalitis. (Span.) Actas I. Confer. lat. amer. de neur. (Buenos Aires) **1**, 680 (S. 181*).
20. *Bertolani, A.*, Sindromi schizofreniche in paralitici progressivi curati con la malaria. Cervello **8**, 16.
21. *Beyer, H.*, Rezidivierender Hirnabszeß mit Heilung. Arch. Ohr- usw. Heilk. **122**, 30.
22. *Beyermann, W.* u. *A. Th. Leicher*, Über den Einfluß des Hyoscins, Hyoscyamins u. Atropins auf Muskelleistungen u. Geist von Parkinsonismuspatienten nach Encephalitis epid. Z. Neur. **119**, 1 (S. 171*).
23. *Bijl, J. P.*, u. *H. S. Frenkel*, Experimentelle Untersuchungen über Encephalitis postvaccinatoria. Vaccinitis generalisata bei Kaninchen. Zbl. Bakter. I. Orig. **112**, 412.
24. *Blum, K.*, Über die Behandlung der Folgezustände der epidemischen Encephalitis. Nervenarzt 457.
25. *Böhne, C.*, Über das anatomische Substrat des apoplektischen Insults. Kl. W. 1057.
26. *Bohnenkamp, H.*, u. *J. Schmäh*, Über den Nachweis von Hirntumoren durch elektrische Widerstandsbestimmung. Dtsch. Z. Nervenheilk. **111**, 191.
27. *Borda, J. T.*, Behandlung der progressiven Paralyse. (Span.) Actas I. Confer. lat. amer. de neur. (Buenos Aires) **1**, 187 (S. 181*).
28. *Bostroem, A.*, Die Verwertbarkeit psychischer Symptome bei Erkennung und Lokaldiagnose von Hirntumoren. Dtsch. Z. Nervenheilk. **109**, 162.
29. *Ders.*, Über die Auslösung endogener Psychosen durch beginnende paralytische Hirnprozesse und die Bedeutung für

die Prognose der Paralyse. Arch. f. Psychiatr. **86**, 151 (S. 178*).

30. *Bostroem*, u. *H. Spatz*, Über die von der Olfactoriusrinne ausgehenden Meningiome und über die Meningiome im Allgemeinen. Nervenarzt 505.
31. *Brand, W.*, Was wird aus Encephalitis-Kindern und Jugendlichen? Arch. f. Psychiatr. **88**, 698.
32. *Brâtescu, A.*, u. *A. Rusescu*, Beobachtungen betreffend die erste Kinderlähmungsepidemie in Rumänien. Z. Kinderheilk. **48**, 125.
33. *Bratz, E.*, Hat sich die Malariabehandlung bei Paralyse und Tabes bewährt? Z. ärztl. Fortbildg. 560.
34. *v. Braunmühl*, A., Eine einfache Schnellmethode zur Darstellung der senilen Drusen. Z. Neur. **122**, 317.
35. *Ders.*, Zur Pathogenese örtlich elektiver Olivenveränderungen. Z. Neur. **120**, 716.
36. *Bregmann, L. E.*, u. *K. Poncz*, Encephalitis nach Masern. W. m. W. 271.
37. *Breitländer, K.*, Encephalitis epidemica. D. m. W. 1971.
38. *Breuer, F.*, Die Bedeutung der nichteitrigen Entzündungsprozesse des Gehirns und ihre Folgezustände für die Chirurgie. Dtsch. Z. Chir. **221**, 303.
39. *Brill, E.*, Über das gleichzeitige Auftreten syphilitischer Hauterscheinungen mit Metalues nach Malariabehandlung. Arch. f. Dermat. **158**, 393.
40. *Bruetsch, W. L.*, Malariazirrhose der Leber und deren Bedeutung für die Wirkungsweise der therapeutischen Malaria bei progress. Paralyse. Psychiatr.-neur. Wschr. 443.
41. *Brzezicki, E.*, Der Parkinsonismus symptomaticus. IV. Mitt. Schweiz. Arch. Neur. **25**, 56.
42. *Bürger, H.*, u. *M. Kaila*, Der Fall Meunier. (Verflechtung organischer u. psychogener Symptome.) Nervenarzt 212 (S. 172*).
43. *Bunker*, jr., *H.*, Recent methods in the treatment of general paralysis. (Malaria, tryparsamide.) Amer. J. Psychiatry **8**, 681 (S. 180*).
44. *Buscaino, V. M.*, Le zolle di disintegrazione a grappolo nell' encefalo di conigli. Riv. Pat. nerv. **34**, 382 (S. 181*).
45. *Cairns, H.*, A study of intracranial surgery. (Med. research council. Nr. 125) London, H. M. stationary office. 83 S., 15 Taf.
46. *Campbell, D.*, Pneumocephalus internus nach Schädelbruch. Z. Neur. **119**, 481.
47. *Christiansen, V.*, Valeur de l'examination par les rayons X

pour le diagnostic des tumeurs situées à la base du cerveau. Acta psychiatr. (Københ.) 4, 301.
48. *Cohn, H.*, u. *K. Goldstein*, Zur Diagnostik extracerebraler umschriebener Tumoren u. tumorähnlicher Affektionen im Gebiete des Stirnhirns. Dtsch. Z. Nervenheilk. **108**, 16
49. *Cords, R.*, Nystagmus nach Schädeltrauma. Klin. Mbl. Augenheilk. **83**, 180.
50. *Cornioley*, La trépanation exploratrice dans les traumatismes cranio-cérébraux et dans les tumeurs de l'encéphale. Schweiz. Z. Unfallmed. 144.
51. *de Crinis, M.*, Syphilis des Nervensystems. M. m. W. 65.
52. *Critchley, M.*, The nature and significance of seniles plaques. J. of Neur. **10**, 124.
53. *Cruchet, R.*, L'encéphalite épidémique. Paris, Doin. 135 S. 15 Fr.
54. *Ders.*, Encéphalite léthargique de C. v. Economo et encéphalomyélite épidémique. Presse méd. II, 990.
55. *Ders.*, Les pervers de l'encéphalite épidémique. Progr. méd. 1487.
56. *Cushing, H.*, and *P. Bailey*, Tremours arising from the Bloodvessels of the Brain. London, Baillière, Tindall & Cox. 219 S. 34 s.
57. *Dahmer, C. F.*, Zur Kenntnis des Kleinhirnbrückenwinkeltumors und der Röntgentherapie von Hirntumoren. Dtsch. Z. Nervenheilk. **109**, 178.
58. *Dattner, B.*, Fortschritte der Paralysebehandlung. Fortschr. Neur. 267. (Allg. Z. Psychiatr. **91**, 256) (S. 179*).
59. *Ders.*, Welche Fortschritte sind in der Paralysebehandlung in der letzten Zeit gemacht worden? W. kl. W. 1650.
60. *Davidow, L.*, u. *A. Ferraro*, Intracranial tumors among mental hospital patients. (histopathol., spec. glioma series). Amer. J. Psychiatry **8**, 599.
61. *Dawidenkow, S.*, Frühkontraktur und Abwehrreflexe bei Cerebralparalysen. Schweiz. Arch. Neur. **23**, 308 u. **24**, 104.
62. *Demmer, F.*, Encephalitis profunda progrediens. W. kl. W. 260.
63. *Derman* u. *Kopelowitsch*, Zur Kenntnis der Zirbeldrüsengewächse. Virchows Arch. **273**, 657.
64. *Dielmann, H.*, Die Behandlung der Neurolues mit Pyrifer. Med. Klin. 434 (S. 179*).
65. *Doerr, Eckstein* u. *Spielmeyer*, Die nichteitrigen Encephalitiden im Kindesalter. Mschr. Kinderheilk. **44**, 149.
66. *Dosužkov, Th.* u. *F. Bodlák*, The abdominal tendon reflex and its behavior in pyramidal lesions with flexion contracture. J. nerv. Dis. **70**, 23.

67. *Dreyfus, G.*, u. *K. Mayer*, 4 Jahre Malariabehandlung der multiplen Sklerose. Dtsch. Z. Nervenheilk. **111**, 68.

68. *Dubitscher, F.*, Ergographische Untersuchung von Postencephalitikern. Mschr. Psychiatr. **73**, 167 (S. 167*).

69. *Dübel, H.*, Die Paralyse in neuerer Zeit. Allg. Z. Psychiatr. **90**, 27.

70. *Dürck, H.*, Pathologisch-anatomische Erfahrungen bei Unfallbegutachtungen. M. m. W. 1406.

71. *Durand-Wever, A.-M.*, Die Commotio cerebri und ihre Bewertung. M. m. W. 1879.

72. *Eckstein, A.*, Encephalitis im Kindesalter. Berlin, J. Springer. 172 S. 12,— M.

73. *Ders.*, Zur Frage der Vaccinationsencephalitis. Klin. Wschr. 1153.

74. *v. Economo, C.*, Die Encephalitis lethargica epidemica und die Encéphalomyélite subaigue diffuse von Cruchet, 2 verschiedene Erkrankungen. Psychiatr.-neur. Wschr. 336.

75. *Ders.*, Die Encephalitis lethargica, ihre Nachkrankheiten u. ihre Behandlung. Berlin, Urban u. Schwarzenberg. 251 S. 20,— M.

76. *Ders.*, Encephalitis lethargica u. Encéphalomyélite subaigue diffuse von Cruchet. W. kl. W. 366, Presse méd. I 798.

77. *Ders.*, Sind die Encephalitis lethargica (ep.) und die Encéphalomyélite (v. Cruchet) ein und dieselbe Erkrankung? Nein. Z. Neur. **120**, 265.

78. *Eddison, W.*, The haematopoetic functions in general paresis. J. ment. Sci. **75**, 242.

79. *Edenhofer, H.*, Ein Fall von plötzlichem Tod infolge von Eklampsie und Gehirnblutung. Z. Med.beamte 245.

80. *Ehlers, H.*, The blinking reflex in hemiplegics. Acta psychiatr. (Københ.) **4**, 47.

81. *Eichler, P.*, Klinische und ergographische Untersuchungen über die Wirkung von Harmin u. Harmalin bei Postencephalitikern. Mschr. Psychiatr. **74**, 152 (S. 171*).

82. *Engel, S.* Fortschritte auf dem Grenzgebiet der Ophthalmologie und Neurologie. Fortschr. Neur. 449 (Allg. Z. Psychiatr. **93**, 125).

83. *Engerth, G.*, u. *H. Hoff*, Über das Schicksal der Patienten mit schweren Charakterveränderungen nach Encephalitis epidemica. D. m. W. 181 (S. 169*).

84. *Estapé, J. M.*, Die anatomisch-klinische Methode beim Studium der Huntingtonschen Chorea. (Span.) Actas I. Confer. lat. amer. de neur. (Buenos Aires) **1**, 621.

85. *Feist, G. H.*, u. *O. Sittig*, Zur Frage der reinen Wortstummheit. Med. Klin. 912.

86. *Feldmann, P. M.*, Zur Frage der latent verlaufenden multiplen Hirnabscesse. Nervenarzt 139.
87. *Ders.*, Zur Lehre von der akuten Ataxie von Leyden-Westphal. Arch. f. Psychiatr. **87**, 191.
88. *Feller, A.*, Apoplexie. W. m. W. 843 (S. 177*).
89. *Ferraro, A.*, The pathology of paresis after treatment with malaria. Arch. of Neur. **21**, 69.
90. *Fillié*, Frühzeitige familiäre spastische Kinderlähmung mit cerebralen Erscheinungen. Med. Klin. 1030.
91. *Finazzi, G.*, Die Phlogetanbehandlung der Nervenlues. W. m. W. 1464.
92. *Fischer, A.*, Untersuchungen über die Wirkung des Alkaloides Harmin bei postencephalitischen Zuständen. M. m. W. 451.
93. *Fischer, O.*, Über einen Fall von Polycythaemia rubra mit einer cerebralen Hemiplegie u. Mal perforant. Med. Klin. 822.
94. *Fischl, V.*, u. *W. Schaefer*, Experimentelle Encephalitis bei Mäusen. Kl. W. 2139.
95. *Fleischmann, S.*, Erkrankungen, die unter dem Bilde einer Gehirngeschwulst verlaufen. Med. Welt 1648.
96. *Flügel, F. E.*, Zur Diagnostik der Alzheimerschen Krankheit. Z. Neur. **120**, 783.
97. *Forbus, W.*, Über den Ursprung gewisser Aneurysmen der basalen Hirnarterien. Zbl. Path. **44**, 243.
98. *Frank, H.*, Fernsymptome bei raumbeengenden Prozessen im Schädelinnern als Ursache diagnostischer Irrtümer. M. m. W. 2007.
99. *Fraulini, M.*, Sulla permeabilità meningea al bismuto nella sifilide nervosa. Riv. sper. Freniatr. **52**, 521.
100. *Fremel, F.*, Über postoperative Hirnprolapse. Z. Hals- usw. Heilk. **24**, 390.
101. *Friedemann, A.*, u. *St. Krauß*, Aphasische Syndrome bei toxisch-infektiös-traumatischen Erkrankungen. Dtsch. Z. Nervenheilk. **111**, 222.
102. *Friedmann, A. P.*, Tumor hypophysis et liquorrhea nasalis. Arch. f. Psychiatr. **88**, 358.
103. *Froment, J.*, u. *G. Mouriquand*, Behandlung des Parkinsonismus mit Insulin. Rev. neur. Nov.
104. *Fulton, J. F.*, & *P. Bailey*, Tumors in the Region of the 3. Ventricle: Diagnosis and Relation to Pathological Sleep. J. nerv. Dis. **69**, 1, 145, 261.
105. *Gamper, E.*, Zur Kenntnis der zentralen Veränderungen bei Morbus Recklinghausen. J. Psychol. u. Neur. **39**, 39.
106. *Gangl, O.*, Vermeintlicher otogener Hirnabszeß, vorgetäuscht

durch Hirnblutung nach altem Schädeltrauma. Arch. Ohr.-usw. Heilk. **123**, 314.
107. *Gans, A.*, u. *A. Vedder*, Ein Fall von Encephalitis durch Kokken verursacht. (Encephalitis streptomycotica.) Z. Neur. **123**, 67.
108. *Gaupp, L.*, Zur Beurteilung der Beziehungen zwischen Schizophrenie und den psychischen Störungen nach Encephalitis epidemica. Allg. Z. Psychiatr. **91**, 471.
109. *Gausebeck, H.*, Versuche mit Harmin. hydrochl. bei Parkinsonismus. Psychiatr.-neur. Wschr. 386 (S. 171*).
110. *Georgi, F.*, Gehirnspirochäten und Metaluesproblem. Dtsch. Z. Nervenheilk. **111**, 138.
111. *Georgi, F.*, u. *C. Prausnitz*, Zur Frage der Anpassung der Spirochaete pallida an das Gehirn: Der Einfluß des Nährbodens auf die Antigenstruktur. Arch. f. Hyg. **103**, 173.
112. *Dies.* u. *Fischer*, Über biologische Varianten der Spirochaete pallida u. die experimentelle Erzeugung von »Gehirnspirochaeten«. Kl. W. 2007 (S. 178*).
113. *Gerškovič, L. S.*, Über die Methode der Feststellung von Spirochäten bei Tabes und anderen Formen der Neuro-Syphilis. Z. Neur. **122**, 442.
114. *Gerweck, L.*, 3 Fälle von Halluzinose bei progressiver Paralyse. M. m. W. 631.
115. *Gerwer, A. W.*, Über die Metastasen der Hypernephrome im Großhirn. Arch. f. Psychiatr. **88**, 345.
116. *Gierlich*, Echinokokken im Gehirn mit erfolgreicher Operation. D. m. W. 1873.
117. *Gildemeister, E.*, Über Encephalitis post vaccinationem. Zbl. Bakter. I. Orig. **110**, 120, 141.
118. *Ders.* u. *G. Heuer*, Über den Nachweis von Herpesvirus im Blute bei experimentell infizierten Kaninchen. D. m. W. 905.
119. *Gins, A.*, Zerebrale Komplikationen im Verlauf der Vaccination. Med. Welt 1277 (S. 167*).
120. *Glas, R.*, Ein Fall von Taboparalyse, Malariabehandlung, Geburt. Zbl. Gynäk. 3458.
121. *Goldsmith, H.*, Non-specific protein therapy in neurosyphilis. Amer. J. Psychiatry **9**, 501.
122. *Gotthardt, P. P.*, Röntgenbehandlung der Gehirntumoren im Kindesalter. Strahlenther. **31**, 720.
123. *Grabow, C.*, u. *J. Krey*, Der Impfrattenbiß in der Behandlung der progressiven Paralyse. Z. Neur. **121**, 621 (S. 180*).
124. *Graf*, Beitrag zur Pathologie des Glossina palpalis-Stichs und der Inkubationszeit bei Schlafkrankheit. Arch. Schiffs- u. Tropenhyg. 219.

125. *Grahe, K.*, Otoneurologische Erfahrungen bei Erkrankungen der mittleren Schädelgrube (Schläfenscheitellappen). Z. Hals- usw. Heilk. **24**, 498.
126. *Grodzki, A. B.*, Über einige Formen der Flecktyphusenzephalitis. M. m. W. 709.
127. *Grünthal, E.*, Die erworbenen Verblödungen. (Pick usw.) Fortschr. Neur. 235 (Allg. Z. Psychiatr. **90**, 466).
128. *Guleke, N.*, Über die Anwendung der Elektrochirurgie bei Hirnoperationen. Zbl. Chir. 2757.
129. *Guttmann, E.*, Schizophrene Psychosen bei Metencephalitis. Z. Neur. **118**, 575 (S. 168*).
130. *Ders.* u. *H. Spatz*, Die Meningiome des vorderen Chiasmawinkels. Nervenarzt 581 (S. 176*).
131. *Guttmann, L.*, Über einen Fall von Entwicklungsstörung des Groß- u. Kleinhirns mit Balkenmangel. Psychiatr.-neur. Wschr. 453.
132. *Ders.* u. *W. Kirschbaum*, Das encephalographische Bild der progressiven Paralyse u. seine klinische Bedeutung. Z. Neur. **121**, 590 (S. 178*).
133. *Haase, A.*, Pfählungsverletzung des Gehirns durch die Orbita. Z. Augenheilk. **69**, 230.
134. *Haase, E.*, Autoptische Befunde nach Gehirnerschütterung. Med. Welt 1293, 1335 (S. 173*).
135. *Hämäläinen, M.*, Über den Entstehungsmechanismus der Hirnrupturen, auf Grund eines Falles von zentraler Ruptur. Dtsch. Z. gerichtl. Med. **13**, 332.
136. *Hallervorden, J.*, Über disseminierte Encephalomyelitis. Dtsch. Z. Nervenheilk. **111**, 19.
137. *Halpern, F.*, u. *H. Hoff.*, Kasuistische Beiträge zur Frage der cerebralen Farbenblindheit. Z. Neur. **122**, 575 (S. 174*).
138. *Halpern, L.*, Über das Aktionsstrombild des Parkinsonsyndroms (nebst Bemerk. z. Pathologie dieser Stör. u. z. Aufbau d. menschl. Motorik). Arch. f. Psychiatr, **88**, 646,
139. *Hechst, B.*, Zur Histochemie u. Histogenese der senilen Plaques. Arch. f. Psychiatr. **88**, 126.
140. *Hecht, P.*, u. *P. Weil*, Polyzythämie und Hirnerschütterung. Ärztl. Sachverst. Ztg. 35.
141. *Heidrich, L.*, Weiterer Beitrag zur Frage der Darstellung suprasellarer Hypophysentumoren im Encephalogramm. Bruns' Beitr. **145**, 628.
142. *Ders.*, Zur Frage des Balkenstiches beim chronischen Hydrocephalus. Bruns' Beitr. **147**, 71.
143. *Heilmann, P.*, Beitrag zum Bilde der extramedullären Gliomatose. Zbl. Path. **47**, 81.

144. *Heise, K.*, Zur Pathologie u. Therapie der Gehirnerschütterung. Mschr. Unfallheilk. 120.
145. *Hermann, E.*, Über die Trigeminusneuralgie als Anfangssymptom der multiplen Sklerose. Z. Neur. **118**, 773.
146. *Herrmann, G.*, Die mechanischen Druckrichtungen bei Hirntumoren und ihre lokalisatorische Verwertbarkeit. Z. Neur. **122**, 323.
147. *Ders.*, Herde im Corpus geniculatum laterale bei multipler Sklerose. Z. Neur. **118**, 405.
148. *Ders.*, Periphere Verletzung u. Gliombildung im Gehirn. Med. Klin. 703.
149. *Herrmann, O.*, Subkutane Schutzimpfungen gegen Blattern mit Neurovakzine. Z. Immun.forschg. **62**, 238.
150. *Herzfeld, E.*, u. a., Studien über augensympathische Symptome nach Balkenreizung. Z. exper. Med. **67**, 567.
151. *Heß, O.*, Über die spontane diffuse Subarachnoidalblutung. Klin. Wschr. 1672.
152. *v. d. Heydt, A.*, Über die Herkunft der Psammomkörner im Plexus chorioideus. Zbl. Path. **46**, 129.
153. *Heymann, E.*, Hirntumor u. Röntgenbild. Bruns' Beitr. **146**, 401.
154. *Heymann, K.*, Die Paralysebehandlung mit Stovarsolnatrium. Fortschr. Med. 389.
154a. *Higier, H.*, Röntgentherapie im Bereich der Gehirn- u. Rückenmarkstumoren. Nervenarzt 79.
155. *Hill, T. R.*, Postencephalitic parkinsonism as a chronic infection. J. of Neur. **9**, 337.
156. *Hoff, H.*, Die Gleichgewichtsstörung durch Barbitursäure-Derivate als Differentialdiagnostikum bei Hirnerkrankungen. Mschr. Psychiatr. **72**, 307.
157. *Hoffmann, E.*, u. *R. Strempel*, Gehirninfektion usw. nach intrazisternaler Impfung von Kaninchen mit Syphilis. Dermat. Z. **56**, 1.
158. *Homann, E.*, »Germanin«-Behandlung bei multipler Sklerose. Dtsch. med. Wschr. 614.
159. *Hommerich* u. *Weimann*, Hirnbefund bei einem Fall cerebraler Fettembolie. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 25.
160. *Huber, H. G.*, u. *E. Gildemeister*, Zur Frage der Encephalitis im Anschluß an die Pockenschutzimpfung. D. m. W. 1370 u. 1372.
161. *Huber, K.*, Die Malariabekämpfung der progressiven Paralyse. Ärztl. Rdsch. 197.
162. *Huber, W.*, Partielle u. generalisierte Kleinhirnsklerosen. J. Psychol. u. Neur. **37**, 625.

163. *Hürthle, R.*, Remission von Enzephalomyelitis nach Masern. D. m. W. 1928.
164. *Ilberg, G.* Ein Fall von Gliosarkom des Mittelhirns. Z. Neur. **122**, 747 (S. 176*).
165. *Jacobi, E.*, Blutdruck u. Herzform bei senilen u. arteriosklerotischen Psychosen. Arch. Psychiatr. **88**, 425.
166. *Jacobowsky, B.*, Liquorstudien bei progressiver Paralyse. (bes. b. Impfmalaria). Uppsala, Diss.
167. *Jahnel, F.*, Neuere Untersuchungen über die Pathologie und Therapie der syphilogenen Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks. Fortschr. Neur. 313 (Allg. Z. Psychiatr. **91**, 332).
168. *Ders.*, Spirochäten u. Nervensystem. Naturwiss. 587.
169. *Ders.*, Über den heutigen Stand der ätiologischen Paralyse- und Tabesforschung. Fortschr. Neur. 65 (Allg. Z. Psychiatr, **90**, 240).
170. *Jakob, A.*, Spezielle Histopathologie des Großhirns. I. T. (Hdbch. d. Psychiatr. v. *Aschaffenburg*). Leipzig u. Wien. F. Deuticke. 453—870. 40,— M. (S. Allg. Z, Psychiatr. **95**, 317).
171. *Jakob, Fialho* u. *Villela*, Über die Veränderungen im Zentralnervensystem bei Gelbfieber. Dtsch. Z. Nervenheilk. **111**, 111.
172. *Jelliffe, S. E.*, Oculogyric crises as compulsion phenomena in postencephalitis. (Sammelbesprechung.) J. nerv. Dis. **69**, 59ff.
173. *Joßmann, P.*, Zur Psychopathologie der optisch-agnostischen Störungen. Mschr. Psychiatr. **72**, 81 (S. 174*).
174. *Kairukstis, J.*, Die Behandlung der progressiven Paralyse mit Benzinol. Psychiatr.-neur. Wschr. 363 (S. 180*).
175. *Kalischer, S.*, Encephalitis lethargica u. Arteriosklerose. Kl. W. 790.
176. *Kaltenbach, H.*, Die Malariabehandlung der Paralyse. Med. Welt 1188.
177. *Kaplinsky, M. S.*, Zur Frage der Herdatrophien des Gehirns. (Picksche Krankheit.) Z. Neur. **118**, 670.
178. *Kasanin, J.*, Personality changes in children following cerebral trauma. J. nerv. Dis. **69**, 385.
179. *Kauders, O.*, Erfahrungen mit Pyrifer bei der Behandlung der progressiven Paralyse. Med. Kl. 1318 (S. 179*).
180. *Ders.*, Über polyglotte Reaktionen bei einer sensorischen Aphasie. Z. Neur. **122**, 651 (S. 175*).
181. *Kaufmann, A.*, Chininresistenz u. Rezidive bei therapeutischer Malaria. Med. Welt 1190.
182. *Kaufmann, E.*, Transitorische Hemiplegie. D. m. W. 184.

183. *Keining, E.*, u. *S. Serefis*, Biologische Studien bei Impfmalaria. Arch. Schiffs- u. Tropenhyg. 95.
184. *Keller*, Zur Frage der Vaccineencephalitis. Mschr. Kinderheilk. **44**, 222.
185. *Ders.* u. *W. Schaefer*, Untersuchungen zur Ätiologie der postvakzinalen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Jb. Kinderheilk. **125** (**75**), 253.
186. *Kino, F.*, Über die Elektivität des bulbärparalytischen Prozesses. (Z. Lehre v. d. Pathoklise.) Z. Neur. **119**, 87.
187. *Kirschbaum, W.*, Grundsätzliches zur Reizkörper- und Infektionsbehandlung zentralnervöser Störungen. Dtsch. Z. Nervenheilk. **111**, 60.
188. *Kiß, J.*, Über die zerebrale Muskelatrophie. Arch. f. Psychiatr. **88**, 411.
189. *Klaften, E.*, Der Einfluß der Malariabehandlung syphilitischer Frauen auf das Schwangerschaftsprodukt. Arch. f. Dermat. **157**, 280.
190. *Klages, H.*, Vorsicht bei Pyriferbehandlung! M. m. W. 1338.
191. *Klare, H.*, Metaluesprobleme unter dem Gesichtswinkel der Fieberbehandlung. Allg. Z. Psychiatr. **92**, 90.
192. *Kleemann, A.*, Mitteilungen zur Therapie der chronischen Enzephalitis. Dtsch. Z. Nervenheilk. **111**, 299.
193. *Klein, R.*, Denkinhalt u. Aphasie. Z. Neur. **121**, 36 (S. 175*).
194. *Ders.*, Über eine eigenartige Spiegelreaktion im Rahmen einer senilen Demenz u. über ihre Beziehung zu dem Gesamtbilde. Z. Neur. **118**, 789 (S. 177*).
195. *Klüber*, Die Bedeutung der encephalitischen Folgezustände für Schule u. Allgemeinheit. D. Landerziehungsheim St. Josef in Landau-Queichheim. Jb. 1929, 87 (S. 209*).
196. *Knigge, F.*, Über tertiär-syphilitische Hauterscheinungen bei malariabehandelten Paralysen. Arch. f. Psychiatr. **86**, 493.
197. *Koch, E.*, Multiple Sklerose u. Beruf. Z. Neur. **121**, 71.
198. *König, E.*, u. *G. Panning*, Zur Röntgenbestrahlung der Plexus chorioidei. Dtsch. Z. Chir. **218**, 375.
199. *Környey, St.*, Beitrag zum Vorkommen der »lecithinoiden« Abbauprodukte im Zentralnervensystem. Arch. f. Psychiatr. **88**, 673.
200. *Ders.*, Zur Nosographie u. Histopathologie der striären Erkrankungen degenerativer Natur. Dtsch. Z. Nervenheilk. **108**, 39 (S. 169*).
201. *Kraft, J.*, Über primäre diffuse Melanosarkomatose der weichen Hirn- u. Rückenmarkshäute. Z. Krebsforschg. **29**, 74.
202. *Kraus, E. J.*, Über ein epignathisches Teratom der Hypophysengegend. (b. Anencephalie). Virch. Arch. **271**, 546.

203. *Kraus, F.*, Eine neue Methode der Hyperämiebehandlung chronischer Gehirn- u. Rückenmarkserkrankungen durch Diathermie. Med. Kl. 1929 (S. 172*).
204. *Ders.*, Entgegnung auf Lampl: Weitere Beiträge zur symptomatischen Therapie der chronischen Encephalitis (Nr. 35). Med. Kl. 1929. Dazu Schlußwort von *Lampl.*
205. *Krause, P.*, Zur Behandlung der multiplen Sklerose mit besonderer Berücksichtigung der Infektionstherapie. Ther. Gegenw. 533 (S. 172*).
206. *Krayenbühl, P.*, Zur Halluzinose nach Malariabehandlung der Paralyse. Z. Neur. **120**, 664.
207. *Krecke, A.*, Zur Frage der Röntgentherapie bei Gehirntumoren. M. m. W. 1382.
208. *Kritschewski*, I. L., Zum Studium des Mechanismus der Heilwirkung des Rückfallfiebers auf die syphilitische Infektion des Zentralnervensystems. Kl. W. 1259.
209. *Ders.* u. *K. A. Friede*, Über die Prophylaxis der Syphilis des Zentralnervensystems der Mäuse durch das Stovarsolan. Kl. W. 1667.
210. *Kroll, M.*, Die neuropathologischen Syndrome. Berlin, J. Springer. 554 S. 45,— M.
211. *Kruspe, M.*, Unsere Erfahrungen mit Malaria und Saprovitan. Arch. f. Dermat. **157**, 125 (S. 179*).
212. *Kürbitz, W.*, u. *W. Lange*, Impfmalaria bei chronischer Encephalitis epidemica. Psychiatr.-neur. Wschr. 67 (S. 171*).
213. *Kumer, L.*, Die Therapie der Spätformen der Syphilis. W. kl. W. 21.
214. *Lachs, F.*, Zur Pharmakotherapie der multiplen Sklerose. D. m. W. 1080 (S. 172*).
215. *Lampl, O.*, Weitere Beiträge zur symptomatischen Therapie der chronischen Encephalitis. Med. Klin. 1353. Dazu *F. Kraus* u. *Lampl.* 1929.
216. *Ders.*, Zur Therapie der chronischen Encephalitis epidemica. Dtsch. Z. Nervenheilk. **111**, 133.
217. *de Lange, C.*, Klinische und pathologisch-anatomische Mitteilungen über Hydrocephalus chronicus congenitus u. acquisitus. Z. Neur. **120**, 433.
218. *Lange, M.*, Der heutige Stand der orthopädischen Behandlung von Nervenkrankheiten. Fortschr. Neur. 288.
219. *Laqueur, B.*, Eine Kombinationsklassifikation der Schußverletzungen des Schädels. Bruns' Beitr. **145**, 458.
220. *Lasarew, W. G.*, Über Eisen im Gehirn bei progressiver Paralyse. II. Teil. Z. Neur. **118**, 435.
221. *Last, S. L.*, Die Frühdiagnose der luetischen Pupillenstörung

mit dem Heßschen Differentialpupilloscop. Dtsch. Z. Nervenheilk. **107**, 243.
222. *Lehmann, J.*, Über Hirncysticercen. Frankf. Z. Path. **38**, 439.
223. *v. Lehoczky, T.*, Beiträge zum anatomischen Bilde der mit Malaria behandelten Paralysis progressiva sowie zur Frage der Pigmente bei der Impfmalaria. Arch. f. Psychiatr. **86**, 442.
224. *Ders.*, Über die Anatomie und Klinik der Epidermoidcysten des Gehirns. Z. Neur. **122**, 756.
225. *Leven*, Zur Therapie der Metasyphilis. D. m. W. 1464.
226. *Levinger, E.*, Über Entwicklung von Hypertrichose bei weiblicher multipler Sklerose. Z. Neur. **122**, 499.
227. *Lewy, F. H.*, Neue Wege zur Erkennung und Bekämpfung der Lues nervosa I—IV. Dtsch. Z. Nervenheilk. **107**, 225.
228. *Liebert, E.*, Beitrag zur Frage der atypischen Paralyse. Dtsch. Z. Nervenheilk. **108**, 265.
229. *Ders.*, Über Epiphysentumoren. Dtsch. Z. Nervenheilk. **108**, 101 (S. 176*).
230. *Liepmann, H.*, Klinische und psychologische Untersuchung u. anatomischer Befund bei einem Fall von Dyspraxie u. Apraxie. Mschr. Psychiatr. **71**, 169.
231. *De Lisi, L.*, Sulla malattia del Wilson. Riv. Pat. nerv. **34**, 1.
232. *Löwenberg, K.*, Über eine elektive Erkrankung der Pallidumgefäße. J. Psychol. u. Neur. **39**, 8.
233. *Ders.*, Über gefäßbedingte Herde im Ammonshorn. J. Psychol. u. Neur. **39**, 1.
234. *Lua, M.*, Ein Fall von pialen Dermoidzysten mit Steatose der Gehirnkammern und des Subarachnoidealraumes. Dtsch. Z. Nervenheilk. **109**, 212.
235. *Maas, O.*, u. *O. Sittig*, Zur Frage der Verteilung der motorischen Apraxie auf die Körperteile. Mschr. Psychiatr. **73**, 40.
236. *Magnus-Alsleben, E.*, u. *H. Schriever*, Zur Frage der Wernickeschen Tastlähmung. Dtsch. Z. Nervenheilk. **111**, 127.
237. *Magunna, K.*, Die Veränderungen des klinischen Krankheitsbildes der progressiven Paralyse durch die Malariabehandlung. Arch. f. Psychiatr. **88**, 613.
238. *Malamud, Wm.*, u. *K. Lowenberg*, The Rôle Played bei the Cerebral Capillaries in the Pathogenesis of General Paralysis. J. nerv. Dis. **69**, 121.
239. *Mandelboim, A. B.*, u. *G. M. Steblow*, Lokale Moorbehandlung bei Erkrankungen des Zentralnervensystems. Z. physik. Ther. **38**, 25.
240. *Mandl, A.*, u. *O. Sperling*, Ergebnisse und Indikationen der

Fieberbehandlung mit Pyrifer bei Nervenkrankheiten. W. kl. W. 169 (S. 171*).
241. *Manenkow, P.*, Experimentelle Befunde zur Frage des Mechanismus einer direkten Affektion der Oblongata bei diffuser Peritonitis. Z. exper. Med. **64**, 239.
242. *Mankowsky, B. N.*, Über paroxysmale Paralyse. Arch. f. Psychiatr. **87**, 280.
243. *Ders.*, Zur Frage über spontanen Liquorabfluß bei Hirntumoren. (Liquorrhea nasalis.) Z. Neur. **119**, 514.
244. *Ders.*, u. *L. I. Czerny*, Zur Frage über die Heredität der Torsionsdystonie. Mschr. Psychiatr. **72**, 165.
245. *Ders.*, u. *Smirnow*, Ein Beitrag zur Klinik u. Anatomie der Geschwülste der Zirbeldrüse. Z. Neur. **121**, 641.
246. *Margulis, M. S.*, Pathomorphologische u. biologische Grundlagen der Neurosyphilis. Dtsch. Z. Nervenheilk. **108**, 128.
247. *Masten, M.*, Inherited neurosyphilis. J. nerv. Dis. **70**, 379.
248. *Mayer*, Die Commotio cerebri und ihre Bewertung. M. m. W. 2135.
249. *Mayer, O.*, Über Stirnhirnabszesse. W. m. W. 253.
250. *Mayer-Groß, W.*, Zur Symptomatologie organischer Hirnschädigungen. Vortrag. Arch. f. Psychiatr. **92**, 433 (S. 177*).
251. *Mendel, K.*, Traumatische Spätapoplexie. Med. Kl. 644.
252. *Meyer, A.*, Beitrag zur Pathogenese des plötzlichen Hirntodes bei Metencephalitis epidemica. Arch. f. Psychiatr. **89**, 25.
253. *Ders.*, Über eine der amyotrophischen Lateralsklerose nahestehende Erkrankung mit psychischen Störungen. (Z. Frage d. spastischen Pseudosklerose v. *Jacob*.) Z. Neur. **121**, 107.
254. *Meyer, E.*, Weitere Ergebnisse der Malariabehandlung der progressiven Paralyse. Arch. f. Psychiatr. **88**, 234.
255. *Miesbach*, Spinale Kinderlähmung. Encephalitis epidemica. Ihre Differentialdiagnose. Med. Welt 228.
256. *Mikulowski, Wl.*, Pertussis-encephalitis im Kindesalter. Jb. Kinderheilk. **124** (**74**) 103.
257. *Mingazzini, G.*, Behandlung der Neurolues und Metalues. Zweifel u. Ungewißheiten. Med. Welt 161.
258. *Misch, W.*, Die cerebralen Gefäßverschlüsse u. ihre klimatischen Syndrome. (Sammelref. d. Arb. v. *Foix* u. Schülern.) Zbl. Neur. **53**, 673.
259. *Ders.*, u. *K. Frankl*, Beitrag zur Alexielehre. Mschr. Psychiatr. **71**, 1.
260. *Moewes, C.*, Über Heilfieberbehandlung mit Pyrifer. Med. Kl. 27.
261. *Mohr, W.*, Die chronische epidemische Encephalitis in den niederschlesischen Anstalten. Psychiatr.-neur. Wschr. 583.

262. *Moniz, E.*, Die arterielle Encephalographie zur Lokalisierung von Hirntumoren. Kl. W. 1118.
263. *Monrad-Krohn, G. H.*, A case of fibrous meningioma (psammoma) in the cerebello-pontine angle. Acta psychiat. Kopenh.) **4**, 203.
264. *Mori, K.*, Die Behandlung der luetischen Zentralnervensystemkrankheiten mittels intralumbaler Proteininjektion. M. m. W. 1288.
265. *Muck, O.*, Gehirnschädigungsdiagnostik an Unfallverletzten durch den Adrenalin-Sondenversuch. Arch. Ohr- usw. Heilk. **124**, 26 (S. 173*).
266. *Müller, H. H.*, Das Meningiom der Olfaktoriusrinne (Cushing) ein wohlcharakterisiertes Krankheitsbild. Mschr. Psychiatr. **72**, 382.
267. *Neiding, M. N.*, Über einseitige Herabsetzung des Patellarreflexes bei der Hemiplegie. Mschr. Psychiatr. **72**, 238.
268. *Neubürger, K.*, Akute Ammonshornveränderungen nach frischen Hirnschußverletzungen. Krkh.forschg. **7**, 219.
268a. *Ders.*, Gefäßveränderungen sowie Beziehungen zur allgemeinen u. speziellen Pathologie. Fortschr. Neur. 443 (s. Allg. Z. Psychiatr. **93**, 124).
269. *Ders.*, Über rote Infarkte der Hirnrinde als Grundlage von Schlaganfällen. Z. Kreislaufforschg. **12**, 345.
270. *Nießl v. Mayendorf*, Gibt es striäre Bewegungsstörungen? Med. Welt 883.
271. *Nishii, B.*, Über Ganglienzelleinschlüsse u. Kerndegeneration bei Encephalitis lethargica. Arb. neur. Inst. Wien. **31**, 96.
272. *Ders.*, Untersuchungen über das Vorkommen von Spirochäten und »minute bodies« bei der multiplen Sklerose. Arb. neur. Inst. Wien. **31**, 153.
273. *Ders.*, Zur Kenntnis der diffusen Sarkomatose des Nervensystems. Arb. neur. Inst. Wien. **31**, 116.
274. *Nonne, M.*, Über Tumoren am Zentralnervensystem. Dtsch. Z. Nervenheilk. **109**, 139.
275. *Nyirö, J.*, Über die schizophrene Form der Dementia paralytica. Psychiatr.-neur. Wschr. 441 (S. 178*).
276. *Ders.*, u. *Tokay*, Über die Malariatherapie der Dementia paralytica, die die Remissionen beeinflussenden Faktoren. Z. Neur. **119**, 765 (S. 179*).
277. *Obarrio, J. M.*, Der Stupor ist ein Parkinson-Syndrom (span.). Verh. d. 1. lat. amerikan. Kongr. f. Neur., Psychiatr. u. ger. Med. **1**, 482.
278. *Pamboukis, G.*, Therapeutischer Einfluß des Denguefiebers auf organische Erkrankungen des Zentralnervensystems. D. m. W. 484.

279. *Papp, G.*, Ein interessanter Fall von Lues cerebri bei einem 9jährigen Mädchen. W. kl. W. 1503.
280. *Parker, H.*, Tumour of the brain, associated with diffuse softening and turbid cerebrospinal fluid. J. of Neur. **10**, 1.
281. *Patry, F.*, The diagnosis and treatment of post-encephalitic parkinsonism. J. nerv. Dis. **69**, 617.
282. *Patzig, B.*, Zur Frage der Aortitis und Konstitution bei progressiver Paralyse. J. Psychol. u. Neur. **39**, 455.
283. *Pawlitzky, L.*, Zwei Fälle von plötzlichem Tod durch seltene Hirntumoren. Med. Kl. 1738.
284. *Pawlowski, E.*, Über Blutungen aus Aneurysmen der basalen Hirnarterien. (bes. Ätiologie). Ärztl. Sachverst.-Ztg. 65.
285. *Peiper, H.*, Hirnchirurgie. (Fortschr. d. Chir.) Zbl. Chir. 2704.
286. *Pette, H.*, Akute Infektion u. Nervensystem. M. m. W. 225 (S. 165*).
287. *Ders.*, Ausbreitungsweise diffuser meningealer Hirn- u. Rückenmarkgeschwülste u. ihre Symptomatologie. Dtsch. Z. Nervenheilk. **109**, 155.
288. *Ders.*, Beitrag zur Frage der »Febris herpetica« (Meningitis herpetica?). Acta med. scand. (Stockh.) **70**, 421 (S. 165*).
289. *Ders.*, Die Stellung der postvakzinalen Encephalitis in der Reihe infektiöser Erkrankungen des Zentralnervensystems. Zbl. Bakter. I. Orig. **110**, 134*.
290. *Ders.*, Infektion und Nervensystem. Dtsch. Z. Nervenheilk. **110**, 221 (S. 163*).
291. *Petzal, E.*, Trophisches, postencephalitisches Ulkus der äußeren Nase. Z. Laryng. **18**, 49.
292. *Peyser, A.*, Hirnabszeß, Meningitis, Heilung. Z. Laryng. **18**, 327.
293. *Pfeiffer*, Purkinjezellverlagerung und vasaler Faktor. Arch. f. Psychiatr. **88**, 686.
294. *Photakis, B. A.*, Über die pathologisch-anatomische Diagnose der Nervensystemveränderungen bei Malaria. Arch. Schiffs- u. Tropenhyg. 267.
295. *Pinéas, H.*, Klinische Beobachtungen über die Wirkung von Harmin (Merck). D. m. W. 910 (S. 171*).
296. *Ders.*, Zur Symptomatologie zentraler Sensibilitätsstörungen. Nervenarzt 230 (S. 170*).
297. *Piñero, H. M.*, Traumatische Psychosen (span.). Verh. d. 1. lat. amerikan. Kongr. f. Neur., Psychiatr. u. ger. Med. **1**, 544 (S. 182*).
298. *Pönitz, K.*, Die Bedeutung der modernen Paralyse-Behandlung u. des defektgeheilten Paralytikers für den praktischen Arzt. Med. Welt Nr. 50 u. 51 (S. 178*).

299. *Pönitz, K.*, Die Frühdiagnose der Paralyse in ihrer Beziehung zur Malariabehandlung. Dtsch. Z. Nervenheilk. **111**, 66.
300. *Ders.*, Zur klinischen und sozialen Bedeutung des defektgeheilten Paralytikers. M. m. W. 953 (S. 178*).
301. *Pollak, E.*, Formen und Ursachen der Hirnblutung. W. kl. W. 1031.
302. *Ders.*, Was sind die Ursachen und die Bedeutung apraktischer Störungen? Mitt. Volksgesdh.amt 344.
303. *Ders.*, Wesen und Folgen der Commotio cerebri. Mitt. Volksgesdh.amt 343.
304. *Pollak, F.*, Neue Gesichtspunkte zur Therapie der Metalues. Med. Kl. 671.
305. *Ponomarew, A.*, Der suboccipitale Durchstich als Methode der Impfung des Lyssavirus. Z. exper. Med. **64**, 650.
306. *Pool, A.*, Dementia paralytica, therapeutic measures and results. J. of Neur. **10**, 21 (S. 180*).
307. *Prévôt*, R., Über faserige Entartung der Gehirncapillaren im Alter. Z. klin. Med. **110**, 259.
308. *Priesel, R.*, Beitrag zur Encephalitis post vaccinationem. Z. Kinderheilk. **47**, 153.
309. *Prigge, R.*, u. *E. v. Rutkowski*, Syphilisimmunität und symptomlose syphilitische Superinfektion beim Menschen (Paralytiker). D. m. W. 1508.
310. *Prussak, L.*, Zur Behandlung des durch die Meningitis epidemica bedingten Hydrocephalus. Ther. Gegenw. 282.
311. *Quednau, F.*, Der Erweichungsherd des Gehirns als Bakterienfänger. Beitr. path. Anat. **83**, 471.
312. *Querido, A.*, Merkwürdige anatomische Abweichung in einem Fall von Chorea Huntingtonii. Z. Neur. **122**, 432.
313. *Quincke, H.*, Kasuistischer Beitrag zur Encephalitis. M. m. W. 794.
314. *Radovici, A.*, La neurosyphilis. Clinique et traitement. Malariathérapie de la paralyse générale. Paris, Masson & Cie., 40 fcs.
315. *Redlich, E.*, Über abortive Formen der Encephalomyelitis disseminata. D. m. W. 562 (S. 165*).
316. *Ders.*, Zur Klinik der Hemitetanie mit Erörterungen über den Auslösungsort der tetanischen Krämpfe. Z. Neur. **120**, 236 (S. 170*).
317. *Ders.*, Zur Klinik des sogenannten »Pseudotumor cerebri«. Med. Kl. 64, 101 (S. 177*).
318. *Reich, F.*, Mikroskopische Veränderungen des Gehirns bei Gasbrand. Allg. Z. Psychiatr. **92**, 18.
319. *Reimold, W.*, u. *E. Schädrich*, Über Encephalitis im Ver-

laufe kindlicher Infektionskrankheiten. Jb. Kinderheilk. **123** (**73**), 229.
320. *Reisch, O.*, Studien an einer Huntington-Sippe. Ein Beitrag zur Symptomatologie verschiedener Stadien der Chorea Huntington. Arch. f. Psychiatr. **86**, 327.
321. *Rejtö, A.*, Über Kleinhirnabszesse. Mschr. Ohrenheilk. 6, 670.
322. *Riehl* jr., *G.*, Über Myosalvarsandermatitis und Encephalopathie. Arch. f. Dermat. **158**, 582 (S. 172*).
323. *Rikl, A.*, Zur Schädeltympanie bei Hirntumoren. Med. Kl. 867.
324. *Rojas, N.*, u. *J. Belbey*, Die Malariabehandlung der progressiven Paralyse (span.). Verh. d. 1. lat. amerikan. Kongr. f. Neur., Psychiatr. u. ger. Med. **2**, 375 (S. 182*).
325. *Rosenberg, M.*, Die Malaria in ihren Beziehungen zu Gonorrhöe, Lues und Neurolues. Arch. Schiffs- u. Tropenhyg. 463.
326. *Rossolimo, G. J.*, Über akute traumato-syphilitische Erkrankungen des Zentralnervensystems. Z. Neur. **118**, 399.
327. *Rothenberg, S.*, Optic fundi changes in epidemic encephalitis. J. nerv. Dis. **70**, 271.
328. *Rotter, R.*, Organischer Hirnprozeß als Spätfolge von Gehirnerschütterung. Z. Neur. **119**, 97.
329. *Ders.*, Über einen eigenartigen nicht entzündlichen zentralen Prozeß mit herdförmig disseminierter plasmatischer Gliaproliferation bei dem klinischen Bilde akuter epidemischer Encephalitis. Arch. f. Psychiatr. **87**, 327.
330. *Rühl, A.*, Über einen Fall von Varicenbildung im Gehirn in Verbindung mit Angioma racemosum. Beitr. path. Anat. **82**, 163.
331. *Rupp, F.*, Die Geschwülste der Hypophyse und ihrer Umgebung. Dtsch. Z. Chir. **215**, 266.
332. *Russetzki, J. J.*, Über den Kniesehnenreflex bei cerebraler Hemiparese u. Parkinsonismus. Arch. f. Psychiatr. **86**, 694.
333. *Rustige, E.*, Versuche mit Harmin bei Metencephalitikern. D.m.W. 613 (S. 171*).
334. *Ruttin, E.*, Ohrbefunde bei Tumoren der mittleren Schädelgrube. Passow-Schaefers Beitr. **27**, 461.
335. *Ruzicska, A.*, Über einige statistische Probleme der Paralyse. Psychiatr.-neur. Wschr. 222 u. 233 (S. 178*).
336. *Salinger, F.*, u. *F. Kallmann*, Zur Symptomatologie der Gehirnzystizerkose. Mschr. Psychiatr. **72**, 324 (S. 176*).
337. *Salus, F.*, Über Encephalitis epidemica mit spinalen und peripherischen Manifestationen. Dtsch. Z. Nervenheilk. **109**, 259.

338. *Sapir, I. D.*, Die Neurodynamik des Sprachapparates bei Aphasikern. J. Psychol. u. Neur. **38**, 91.
339. *Schacherl, M.*, Behandlung der multiplen Sklerose. Mitt. Volksgesdh.amt (Wien). Ärztl. Praxis 241.
339a. *Ders.*, Die Behandlung der entzündlichen Erkrankungen des zentralen Nervensystems. Mitt. Volksgesdh.amt (Wien). Ärztl. Praxis 305.
340. *Ders.*, Die Fieberbehandlung der luogenen Nervenkrankheiten. Mitt. Volksgesdh.amt (Wien). Ärztl. Praxis 183.
341. *Schaltenbrand, G.*, Die Beziehungen der extrapyramidalen Symptomenkomplexe zu den Lage- u. Bewegungsreaktionen, zum motorischen Haushalt u. zu den Stammganglien. Dtsch. Z. Nervenheilk. **108**, 209.
342. *Schellworth, W.*, Über rationelle Impfmalariatherapie. M. m. W. 274.
343. *Schidlowsky, P.*, Zur Frage der Tuberkulome des zentralen Nervensystems. Arch. klin. Chir. **155**, 703.
344. *Schilder, P.*, Zur Kenntnis der Psychosen bei chronischer Encephalitis epidemica. Nebst Bemerkungen über die Beziehung organischer Strukturen zu den psychischen Vorgängen. Z. Neur. **118**, 327.
345. *Ders.*, Psychologie einer Psychose bei corticaler Encephalitis. Z. Neur. **118**, 346.
346. *Ders.* u. *M. Weißmann*, Muskeldystrophie bei postencephalitischer Zwischenhirnerkrankung. Med. Klin. 748.
347. *Schiller, G. A.*, Symptomatologie der multiplen Sklerose und Wiedergabe eines instruktiven Falles. Allg. med. Ztr.-Ztg. 194.
348. *Ders.*, Verschiedene Typen von Hemiplegien. Allg. med. Ztr.-Ztg. 171 u. 183.
349. *Schlittler, E.*, Über trophische postencephalitische Geschwürsbildung der äußeren Nase und Wange. Schweiz. med. Wschr. 1121.
350. *Schloffer, H.*, Stichverletzungen des Gehirns durch Taschenmesser. Med. Kl. 1539 (S. 174*).
351. *Schmeidler, H.*, Unspezifische Fiebertherapie der Metalues. Med. Welt 1367.
352. *Schmidt, H.*, Was muß der Erzieher von der Postencephalitis wissen? Jb. 1929 des Landeserziehungsheims St. Josef in Landau-Queichheim (Pfalz) 76 (S. 209*).
353. *Schmiegelow, E.*, Fälle von otogenen Hirnabszessen. Arch. Ohr.- usw. Heilk. **122**, 273.
354. *Schmincke, A.*, Ein Ganglioglioneurom der Zirbel. Beitr. path. Anat. **83**, 279.

355. *Schneider, C.*, Weitere Beiträge zur Lehre von der Pickschen Krankheit. Z. Neur. **120**, 340.
356. *Schönbauer, L.*, u. *K. Hutter*, Zur Behandlung des Hydrocephalus. W. kl. W. 806.
357. *Schrader, G.*, Experimentelle Untersuchungen zum Paralysenachweis an faulenden Gehirnen. Dtsch. Z. gerichtl. Med. **14**, 401.
358. *Schroeder, K.*, Sulfosin, das Mittel zur Verdrängung der Infektionstherapie der Dementia paralytica. Psychiatr.-neur. Wschr. 333 (S. 180*).
359. *Schuberth, K.*, Über das Vorkommen von Anisokorie bei komatösen Apoplexien. W. m. Wschr. 1428.
360. *Schulte, H.*, Über die paranoid-halluzinatorischen Zustandsbilder bei malariabehandelten Paralytikern. Berl. Ges. f. Psychiatr. u. Nerv., Zbl. Neur. **52**, 408.
361. *Schulze, F. O.*, Metaluesbehandlung mit Malaria quartana. Allg. Z. Psychiatr. **92**, 67.
362. *Schuster, J.*, Untersuchungen über die multiple Sklerose. (Spirochaetenbefunde.) Arch. f. Psychiatr. **86**, 627.
363. *Schuster, P.*, Erfahrungen mit Banisterin und Harmin. Med. Welt 1928 (S. 171*).
364. *Ders.*, Ergebnisse von Banisterinversuchen an Nervenkranken (b. extrapyramidalen Krankheiten). Med. Kl. 562 (S. 171*).
365. *Ders.*, Über die Anwendung des Banisterins gegen postencephalitischen Parkinsonismus, Paralysis agitans u. a. (span.). Rev. méd. germ.-ib.-am. 554.
366. *Schwab*, Über lokale Stützreaktionen, ihre Pathophysiologie u. ihre diagnostische Bedeutung. Med. Kl. 254.
367. *Seifried, O.*, u. *H. Spatz*, Die Ausbreitung der encephalitischen Reaktion bei der Bornaschen Krankheit der Pferde u. deren Beziehungen zur Encephalitis epidemica, z. Heine-Medinschen Krankheit und zur Lyssa d. Menschen. Dtsch. Z. Nervenheilk. **111**, 38.
368. *Seige, M.*, Aus der ausländischen neurologischen Literatur. Réunion neurologique: Diagnose u. Behandlung der Hirntumoren. Med. Kl. 758.
369. *Shand, G. E.*, Old and new methods of treatment in general paralysis: a comparison of results. J. ment. Sci. **75**, 250.
370. *Sierra, A. M.*, Die Makroglia und Mikroglia im Gehirn der mit Malaria behandelten Paralytiker (span.). Verh. d. 1. lat. amerikan. Kongr. f. Neur., Psychiatr. u. ger. Med. **2**, 353.
371. *Ders.*, Der Impfstoff Dmelcos in der Behandlung der pro-

gressiven Paralyse (span.). Verh. d. 1. lat. amerikan. Kongr. f. Neur., Psychiatr. u. ger. Med. **1**, 365 (S. 182*).
372. *Silbermann, J.*, Zur Klinik und pathologischen Histologie der Periarteriitis nodosa. Mschr. Psychiatr. **72**, 225.
373. *Ders.* u. *E. Stengel*, Angiom u. Syringomyelie. Mschr. Psychiatr. **73**, 265.
374. *Sillevis Smitt, W. G.*, Über intrakraniale Chondrome. Dtsch. Z. Nervenheilk. **109**, 170.
375. *Sioli, F.*, Ergebnisse der Encephalitisforschung. D. m. W. 560 (S. 167*).
376. *Sittig, O.*, Über Schreibkrampf bei Encephalitis epidemica. Klin. Wschr. 794.
377. *Smirnow, L. I.*, Über die polymorphgenetischen Gliome. Arch. f. Psychiatr. **87**, 339.
378. *Specht*, Beitrag zur Frage der Kleinhirnabszesse ohne Kleinhirnsymptome. Arch. Ohr.- usw.heilk. **120**, H. 1.
379. *Ders.*, Zur Frage der Operation von Kleinhirnbrückenwinkeltumoren. Arch. Ohr.- usw.heilk. **122**, 278.
380. *Speirs, G. O.*, Encephalitic diaphragmatic spasm treated by phrenicotomy. J. nerv. Dis. **69**, 407.
381. *Spielmeyer, W.*, Die nichteitrige Encephalitis im Kindesalter. III. (Anatom.) Mschr. Kinderheilk. **44**, 195 (S. 166*).
382. *Ders.*, Infektion und Nervensystem. Pathol.-anat. Teil. Dtsch. Z. Nervenheilk. **110**, 290.
383. *Ssuchowa, L. I.*, Zur pathologischen Anatomie und Histologie der Kleinhirnbrückenwinkelneurinome. Z. Krebsforschg. **30**, 251.
384. *Stefko, W. H.*, Pathologisch-histologische Veränderungen in der Großhirnrinde bei schwerer nervöspsychischer Erschöpfung u. bei tuberkulöser Intoxikation. Krkh.forschg. **7**, 197.
385. *Steindl, H.*, Offene Hirnverletzungen bei Kindern. Dtsch. Z. Chir. **219**, 221.
386. *Steiner, G.*, Nißls Paralysestudien und der heutige Stand der Metasyphilislehre. Arch. f. Psychiatr. **87**, 126.
387. *Ders.*, Über das Problem der Erregerpersistenz im Zentralnervensystem. Dtsch. Z. Nervenheilk. **111**, 42.
388. *Stender, A.*, Blutuntersuchungen an Paralytikern vor und nach der Impfmalaria. Z. Neur. **121**, 255.
389. *Ders.*, Zur Frage des Zusammenhangs von multipler Sklerose u. kongenitaler Syphilis. Dtsch. Z. Nervenheilk. **108**, 246.
390. *Stengel, E.*, Akute ascendierende multiple Sklerose u. Syringomyelie. Z. Neur. **122**, 800 (S. 172*).

391. *Stern, F.*, Der gegenwärtige Standpunkt der ätiologisch-pathogenetischen Encephalitis-Forschung. Kl. W. 721.
392. *Ders.*, Encephalitis epidemica. Fortschr. Neur. 90, 205 (Allg. Z. Psychiatr. **90**, 465).
393. *Ders.*, Entzündliche nichteitrige Erkrankungen des Gehirns. Hdb. d. Neur. d. Ohres, her. v. *Alexander* u. *Marburg*, Berlin-Wien, Urban u. Schwarzenberg, Bd. 2, T. 2, S. 863.
394. *Ders.* u. *W. Lehmann*, Über einen Tumor des linken Hinterhauptlappens. Arch. f. Psychiatr. **86**, 539.
395. *v. Stief, A.*, Zur Histopathologie der Sehnerven bei der Arteriosklerose und bei der senilen Demenz. Z. Augenheilk. **70**, 41.
396. *Stiefler, G.*, Über die Sulfosinbehandlung bei Nerven- u. Geisteskranken. Psychiatr.-neur. Wschr. 347.
397. *v. Stockert, F. G.*, Die psychogene Überlagerung organischer Sprachstörungen. Nervenarzt 136 (S. 172*).
398. *Ders.*, Über die Beziehungen der Augenmuskeln zum Schlaf. (Beitr. z. Diagn. d. Encephalitis lethargica.) Dtsch. Z. Nervenheilk. **111**, 263.
399. *Stone, Th.*, Hemiplegia with hemiedema due to cerebral softening. J. nerv. Dis. **69**, 631.
400. *Struwe, Fr.* Histopathologische Untersuchungen über Entstehung und Wesen der senilen Plaques. Z. Neur. **122**, 291.
401. *Stümpke, G.*, Über die Indikationen zur Malariatherapie. D. m. W. 865.
402. *Stursberg, H.*, Akute Hirnhautentzündung nach übermäßiger Besonnung. M. m. W. 326.
403. Syphilis des Nervensystems. (Hdb. d. Haut- u. Geschlechtskrankh. Bd. 17, Tl. 1), Berlin, J. Springer. 783 S. 92,— (99,40) M.
404. *Taga, K.*, Zur Kenntnis der senilen multiplen Sklerose. Arb. neur. Inst. Wien **31**, 163.
405. *Tani* u. a., Beiträge zur experimentellen Kaninchensyphilis. Zbl. Bakter. I. Orig. **113**, 481.
406. *Teschler, L.*, u. *M. Mittag*, Über Störungen des Zuckerstoffwechsels bei Erkrankungen des Zentralnervensystems. Dtsch. Z. Nervenheilk. **109**, 310.
407. *Thiele, R.*, Aphasie, Apraxie, Agnosie. Fortschr. Neur. 483. (Allg. Z. Psychiatr. **93**, 128).
408. *Thomas, K.*, Zur Behandlung der frischen Schädeldachbrüche. Arch. f. Orthop. **27**, 503.
409. *Tietze*, Gewerbsmäßige Abtreibungen durch eine vorgeschrittene paralytische Kranke. Psychiatr.-neur. Wschr. 46.

410. *Tramer, M.*, Zur Psychopathologie der traumatischen Epilepsie. Schweiz. Arch. Neur. **24**, 285.
411. *Tschernyscheff, A.*, Zur Frage der Hypertrophie resp. Pseudohypertrophie 1. der unteren Olive u. 2. des Zahnkerns bei Rautenhirntumoren. Arch. f. Psychiatr. **87**, 455.
412. *Urbach, E.*, u. *H. Uiberall*, Zur Kenntnis der histopathologischen Veränderungen am Zentralnervensystem beim Pemphigus vulgaris. Dermat. Wschr. **89**, 1227.
413. *Usawa, T.*, Pathologische Anatomie und Genese der spontanen Leptomeninxblutungen. Frankf. Z. Path. **37**, 550.
414. *Ders.*, Zur Frage der Konstitution des Glioms. Arb. neur. Inst. Wien **31**, 1.
415. *Vagedes, W.*, Weitere Erfahrungen mit Pyrifer. Med. Welt 1369.
416. *Valdes, A.*, Ein Fall von hypernephroidem Gewächs mit riesenzelligen Metastasen im Gehirn. Frankf. Z. Path. **37**, 475.
417. *v. Valkenburg, C. T.*, Experimentelles u. Pathologisches über Ependym u. Plexus chorioideus: Mschr. Psychiatr. **74**, 133.
418. *Ders.*, Zur Pathologie mnestischer Störungen allgemeiner u. besonderer Natur (Farbensinn) nach Hirntrauma. Schweiz. Arch. Neur. **23**, 266.
419. *Várady-Szabó*, N., Otogener Schläfenlappenabszeß mit Kleinhirnsymptomen. Mschr. Ohrenheilk. 515.
420. *Velhagen* jr., *K.*, »Schauanfälle« u. Schlaf. Klin. Mbl. Augenheilk. **83**, 169 (S. 168*).
421. *Velten, F.*, Ein Fall von Abortivbehandlung der Encephalitis lethargica. Z. ärztl. Fortbildg. 559.
422. *Veraguth, O.*, Über Tumoren am Zentralnervensystem. Dtsch. Z. Nervenheilk. **109**, 121.
423. *Verhaart, W. J. C.*, On the Developement of the senile plaque in Alzheimers disease and other senile cerebral diseases examined by applying del Rio Hortega's method of impregnation. Acta psychiatr. (Københ.) **4**, 399.
424. *Vogel, Kl.*, Differentialdiagnostische Anhaltspunkte für die Erkennung von Schädigungen des Gleichgewichtsapparates nach Schädelverletzungen. Dtsch. med. Wschr. 268.
425. *Vogt, A.*, Untersuchungen über das Substrat des Descemetipigmentringes bei Pseudosklerose. Klin. Mbl. Augenheilk. **82**, 433, 673 u. **83**, 417 (S. 173*).
426. *W.—Kaufmann, I.*, Psychologische Kontrolle der Heilwirkung der Malariafieberbehandlung bei progressiver Paralyse. W. kl. W. 803.
427. *Wagner-Jauregg, J.*, Die Bedeutung der Blutgruppen für die Impfmalaria. W. kl. W. 1.

428. *Walcher, K.*, Über zentrale traumatische Hirnblutung mit Spätapoplexie. Mschr. Unfallheilk. 433.
429. *Walthard, K.*, Spätstadium von Masernencephalitis. Dtsch. Z. Nervenheilk. **111**, 117.
430. *Warstadt, A.*, Zur Frage der Malaria-Ersatzmittel in der Therapie der Metalues. Psychiatr.neur. Wschr. 196.
431. *Wartenberg*, Irreführende Symptome bei Hirntumoren. Dtsch. Z. Nervenheilk. **111**, 225.
432. *Weger* u. *Natanson*, Zur Lehre von der Pseudosklerose, der Wilson-Krankheit und den Ringen von Kayser-Fleischer. Arch. f. Psychiatr. **88**, 598.
433. *Weigeldt, W.*, Der Schlaganfall als Symptom der arteriosklerotischen Allgemeinerkrankung. Med. Kl. 1347.
434. *Weimann, W.*, Besondere Hirnbefunde bei cerebraler Fettembolie. Z. Neur. **120**, 68.
435. *Ders.*, Über die Hirnveränderungen bei cerebraler Fettembolie. Dtsch. Z. gerichtl. Med. **13**, 95.
436. *Weißmann, M.*, Durch Malariabehandlung behobene Sterilität bei einer Patientin mit Taboparalyse. W. kl. W. 878.
437. *Weisz, St.*, Latente Lues bei posttraumatischen Beschwerden. Dtsch. Z. Nervenheilk. **107**, 260.
438. *Wesselkin, P. N.*, Experimentelle Untersuchungen über Gehirnembolie. Z. exper. Med. **66**, 325.
439. *Wethmar, R.*, Biologische Betrachtungen zur Impfmalaria. Allg. Z. Psychiatr. **92**, 205.
440. *Weygandt, W.*, Betrachtungen über Sprachstörungen. Psychiatr.-neur. Wschr. 449.
441. *Wiersma, D.*, Remarks on the etiology of encephalitis after vaccination. Acta psychiatr. (Københ.) **4**, 75.
442. *Wilder, J.*, Ungewöhnliche hyperkinetische Symptome auf dem Gebiete der Stimme. Mschr. Psychiatr. **71**, 373 (S. 168*).
443. *Willer*, Ergebnisse der Encephalitisforschung. Würzburg. Abh. **5**, 225. 16 S. 1,80 M.
444. *Wilson, K.*, Encephalitis and specific fevers. Critical review. J. of Neur. **10**, 36.
445. *Wimmer, A.*, Further studies upon chron. epid. encephalitis. Leipzig, G. Thieme. 174 S. 14,— M.
446. *Wittgenstein, A.*, Zur Chininempfindlichkeit der Impfmalaria. D. m. W. 1959.
447. *v. Witzleben, H. D.*, Chronisch rezidivierende Encephalitis. Arch. f. Psychiatr. **88**, 149.
448. *Ders.*, Zur Frage der Röntgenbestrahlung von Hirntumoren. Dtsch. Z. Nervenheilk. **111**, 194 (S. 177*).
449. *Wohlwill, F.*, Allgemeine pathologische Anatomie des Nerven-

systems. Fortschr. Neur. 409 (s. Allg. Z. Psychiatr. **92**, 539.
450. *Wohlwill, F.*, Tierische Parasiten des Zentralnervensystems. Fortschr. Neur. 391 (s. Allg. Z. Psychiatr. **92**, 539).
451. *Wolter, F.*, Das epidemische Auftreten von Krankheiten des Zentralnervensystems mit besonderer Berücksichtigung der postvaccinalen Encephalitis. Z. Med.beamte 53.
452. *Wrede, L.*, Die Erkennung einer Plexuszyste. Zbl. Chir. 2307.
453. *Wyrsch, J.*, Zur Kenntnis der schizophrenie-ähnlichen metencephalitischen Psychosen. Z. Neur. **121**, 186.
454. *Yamaoka, Y.*, Studien über das Keuchhustengehirn. Z. Kinderheilk. **47**, 543.
455. *Yaskin, J. C.*, Über Entwicklungsanomalien von Kleinhirnembryonen als Grundlage pathologischer Bildungen. Arb. neur. Inst. Wien **31**, 13.
456. *Ders.*, Zur Frage der Gefäßschädigungen bei Hirntumoren. Arb. neur. Inst. Wien **31**, 29.
457. *Zajewloschin, M.* N., Ein Bluterguß in die Hypophysis cerebri. Frankf. Z. Path. **37**, 328.
458. *Ziemann, H.*, Neuere Übersicht über die Beziehungen von Malaria u. Impfmalaria zur Neurolues. Med. Kl. 116.
459. *Zischinsky, H.*, Über Vorkommen von Thrombosen, von Blutungen des Gehirns usw. am akut-infektionskranken Kinde. Jb. Kinderheilk. **124** (**74**), 35.
460. *Zwirner, E.*, Beitrag zur topischen Symptomatologie der Syringobulbie. J. Psychol. u. Neur. **39**, 17.

Pette (290) betrachtet das Problem »Infektion und Nervensystem« vom biologischen, klinischen und histologischen Standpunkt aus, geht in einem zweiten Abschnitt auf Fragen der Ätiologie und im dritten Teil auf die Pathogenese ein. Dabei teilt er die besprochenen Krankheiten in zwei Formenkreise auf, in die akut entzündlichen Erkrankungen erstens vornehmlich der grauen Substanz und zweitens vornehmlich der weißen Substanz. Zum ersten Formenkreise rechnet er die Herpesenzephalitis der Tiere, die Encephalitis epidemica, die Poliomyelitis, die Lyssa und die *Borna*sche Krankheit und gliedert ihnen den Zoster und gewisse Formen der Neuritis sowie der *Landry*schen Paralyse an. Zum zweiten Formenkreis rechnet er die diffusen und disseminierten Enzephalomyelitiden, die akute multiple Sklerose und gewisse Formen der diffusen Sklerose.

Auf Grund experimentell-biologischer, klinischer und histologischer Betrachtungsweise faßt er als charakteristische Züge des ersten Formenkreises auf: die Krankheitssymptome treten akut innerhalb eines engbegrenzten Zeitabschnittes maximal auf. Die Symptomatologie, vor allem der Liquorbefund, läßt auf einen akut entzündlichen, durch ein spezifisches Agens erzeugten Prozeß schließen. Histologisch ist der Prozeß aller Krankheitsformen durch Reaktionen ektodermaler und mesodermaler Art, die

quantitativ von Krankheit zu Krankheit verschieden sind, gekennzeichnet. Der Prozeß ergreift vornehmlich die graue Substanz, ohne jedoch das Markweiß völlig zu verschonen. Jeder einzelne Prozeß läßt auf eine besondere Affinität des auslösenden Agens zu bestimmten Teilen des Nervensystems schließen.

Die Krankheiten des zweiten Formenkreises treten meist akut auf, bald ohne nachweisbaren Anlaß, bald im Anschluß an akute Infektionen (Masern, Varizellen, Vakzine, Variola, Typhus, Angina, Gastroenteritis), und zwar stets innerhalb eines bestimmten Zeitraums nach Manifestwerden des primären Infektes. Das Symptomenbild kann innerhalb der einzelnen Krankheitsform variieren, ist aber keineswegs regellos. Die Symptome der Markfaserung, speziell des Pyramidensystems, beherrschen das Bild. Bei den schweren diffusen Formen sind im Kindesalter Stammgangliensymptome nicht ganz selten. Erscheinungen seitens des Optikus können bestehen, aber auch fehlen. Die einzelnen Krankheitsformen haben eine Prädilektion für bestimmte Altersklassen, verschonen aber keinen Lebensabschnitt. Ihr Auftreten ist örtlich und zeitlich gebunden. Das Symptomenbild ist weitgehend abhängig vom Alter, in dem die Erkrankung auftritt. Es besteht Neigung zu oft schneller und weitgehender Rückbildung der Symptome auf der einen Seite, zu Rezidiven auf der anderen Seite. Im akuten Stadium der einzelnen Krankheitsformen werden klinisch (Liquor!) wie histologisch Zeichen echter Entzündung nur ausnahmsweise vermißt. Das histologisch eindeutigste Merkmal ist die Demyelinisation, bald umschrieben, bald diffus, mit mehr oder weniger hochgradiger Schädigung der Achsenzylinder. Körnchenzellabbau mit reaktiver Gliawucherung kennzeichnet den Prozeß in späteren Stadien. Akuität und Intensität des Prozesses beeinflussen weitgehend das histologische Bild. Im gleichen Fall können alle Übergänge vom Markschattenherd bis zur gelatinösen Erweichung beobachtet werden. Eine Einteilung in Krankheitsformen ist nur in klassischen Fällen möglich. Es gibt zahlreiche Fälle, bei denen es nicht möglich ist, auf Grund des klinischen Bildes bzw. anatomischen Substrates eine scharfe Grenze zu ziehen.

Hinsichtlich der Ätiologie des ersten Formenkreises nimmt *Pette* an, daß die ihm zugeordneten Erkrankungen zustande kommen durch filtrierbare Erreger, die in ihrer Gesamtheit Eigenschaften biologischer Art besitzen (Resistenz gegen niedrige Temperaturen, gegen Eintrocknung, gegen gewöhnliche Desinfektionsmittel, Neurotropie), die auf eine Gruppenverwandtschaft schließen lassen. Trotzdem muß an der Spezifität der einzelnen Virusarten festgehalten werden, was sich aus der Art der Verteilung des Prozesses innerhalb des Nervensystems, der Konstanz der Krankheitsformen bei mehreren Passagen, der Empfänglichkeit nur bestimmter Tiere für das jeweilige Virus geschlossen werden muß. Bestimmend für die Lokalisation des Prozesses ist stets die Affinität des mit dem Liquor-Lymphstrom verbreiteten Virus zu den ihm biologisch nächststehenden Zentren. Über den Weg der Infektionserreger ergaben experimentelle Arbeiten, daß das Virus der Poliomyelitis durch die Schleimhäute in den Organismus einzudringen vermag, ferner daß das Virus, nachdem es das Zentralnervensystem erreicht hat, noch eine gewisse Zeit gebraucht, ehe es seine destruierende Wirkung auf den Ganglienzellapparat entfalten kann, und schließlich, daß nach Ablauf dieser Zeit der neurophagische

Prozeß akutissime einsetzt und sehr schnell sein Maximum erreicht. Das gleiche Prinzip der Prozeßauswirkung kehrt bei der Lyssa und bei der *Borna*schen Krankheit mit gewissen Unterschieden z. B. in der Inkubationsdauer wieder.

Beim zweiten Formenkreis müssen alle Versuche, ein spezifisches Agens als Erreger dieser Krankheiten zu finden, als gescheitert gelten. Vielleicht liegt das daran, daß Krankheiten dieser Art in der Tierwelt nicht bekannt sind, vielleicht sind die Versuchsumstände (bereits eingebüßte Virulenz, mangelnde immunbiologische Ansprechbarkeit der Versuchstiere) ungünstig gewesen.

Für den ersten Formenkreis ist bezüglich der Pathogenese zusammenfassend zu sagen, daß für den Werdegang und den Ablauf einer Epidemie neben anderen, heute im einzelnen aber noch nicht faßbaren Momenten, immunbiologische Faktoren ausschlaggebende Bedeutung haben.

Beim zweiten Formenkreise liegen nur spärliche Untersuchungen epidemiologischer Art vor. Für die Enzephalomyelitiden läßt sich sagen, daß die in den letzten Jahren gehäuft auftretenden Formen schon früher sporadisch beobachtet sind, daß epidemiologisch kein Anhalt für ätiologische Beziehungen zum ersten Formenkreis bestehen und daß Erkrankungen dieser Art sowohl im Anschluß an die Vakzination als an akute Infektionen, aber auch ohne nachweisbaren primären Infekt beobachtet sind. Prinzipielle Unterschiede im Ablauf akuter Enzephalomyelitiden bei Kindern und Erwachsenen bestehen nicht. Die postvakzinale Enzephalitis ist die Folge einer besonderen Reaktionsweise des durch die Vakzination allergisch gewordenen Organismus auf das uns morphologisch und biologisch unbekannte Agens der akuten Enzephalomyelitis.

Ausschlaggebend für die Entwicklung des Prozesses ist die jeweilige konstitutionelle Beschaffenheit des Organismus. Das vergleichende Studium der Pathogenese der einzelnen akut entzündlichen Erkrankungen vornehmlich der weißen Substanz läßt eine gemeinsame Basis in mehrfacher Hinsicht erkennen, was auf Grund von klinischen und anatomischen Befunden und auf Grund ätiologischer Betrachtungsweise nicht möglich war. (Vgl. dazu namentlich die Diskussion über dieses Referat am gleichen Orte.)

Pette (286): In diesem Aufsatz werden dieselben Anschauungen wie im oben referierten Vortrag, nur in kürzerer Form vertreten.

Pette (288) berichtet über das Krankheitsbild eines 31jährigen Mannes, der zu wiederholten Malen innerhalb gewisser Zeitabstände nach grippeartigem Infekt an akuter Meningitis, verbunden mit sehr ausgedehntem Herpes facialis erkrankte und stets innerhalb weniger Tage wieder gesundete. Biologisch wurde der Nachweis geführt, daß es sich um einen sehr virulenten Herpesstamm handelte, der den Herpes facialis erzeugte. Der Nachweis des Virus im Liquor und Blut gelang dagegen nicht. Verf. nimmt an, daß die verschiedenen Symptome des Krankheitsbildes Ausdruck der gleichen, d. h. der herpetischen Allgemeininfektion sind. Die auf Grund experimentell-biologischer Arbeiten gewonnenen Erkenntnisse machen es wahrscheinlich, daß es eine Febris herpetica gibt.

Redlich (315) teilt eine Reihe von leichten Erkrankungen des Zentralnervensystems mit, die er der Encephalomyelitis disseminata als Abortivfälle zuzurechnen geneigt ist. Diese Fälle treten zeitweise gehäuft auf, und

dem Verf. drängt sich die Vermutung auf, daß diese Erkrankungen durch ein bisher unbekanntes ultravisibles Virus hervorgerufen seien, das sonst latent bleibt, das aber durch bestimmte Infektionskrankheiten, vielleicht auch durch eine eigenartige Infektion manifest wird.

In fünf Fällen, in denen vor allem akut oder subakut Parästhesien einer Körperseite sich entwickelten, hält Verf. zerebrale Herde für gegeben; in zwei Fällen dieser Art fehlten objektive Erscheinungen freilich ganz. Soweit der Liquor untersucht ist, waren deutliche Zeichen einer leichten entzündlichen Affektion nachweisbar.

Zwei Fälle sah er, in denen er Herde im Pons bzw. in der Hirnschenkelregion vermutete. In weiteren Fällen handelte es sich um spinale Erscheinungen, wobei wieder Sensibilitätsstörungen und leichte Reflexdifferenzen im Vordergrunde standen.

Verf. ist nicht der Meinung, daß diese Fälle beginnende multiple Sklerosen seien.

Spielmeyer (381) stellte sich die Hauptaufgabe, »die histopathologischen Besonderheiten der Enzephalitis nach Schutzpockenimpfung und nach Masern zu zeigen, sie mit anderen schon bekannten Enzephalitiden zu vergleichen und mit Rücksicht auf herrschende Theorien und Spekulationen zu sagen, ob seine Befunde irgendwelche Stellung dazu erlauben«. Er fand als charakteristische Merkmale der Impfenzephalitis wie der Masernenzephalitis eine Gliazellwucherung, die örtlich erstens an die Venen und zweitens an die Oberflächen (an die subpiale Rückenmarksperipherie und an das Ventrikelependym) gebunden ist; ferner qualitativ den synzytialen Charakter der Gliawucherung, aus der sich mobile Makrophagen lösen. Ein Nebensymptom ist im Rückenmarksbefunde die von *Wohlwill* erkannte weitgehende Bindung der Gliasäume an die Venen der Vasakorona im Gegensatz zu den vorderen Zentralvenen. Die Gliawucherung ist entlang den radiären Venen bis in die Vorderhörner verfolgbar und greift mehr oder weniger tief am äußeren Rande ins Grau hinein.

Differentialdiagnostisch läßt sich dieses Bild anderen Enzephalitiden gegenüber leicht abgrenzen; es bestehen insbesondere keine regionären oder Systemaffinitäten wie bei der epid. Enzephalitis oder der *Heine-Medin*schen Krankheit.

Die Frage, ob diese zerebralen Veränderungen etwas Neues seien, beantwortet Verf. nur dahin bejahend, daß sie uns pathologisch-anatomisch bis zu *Lucksch*s Beschreibung unbekannt waren.

Die Frage nach der Ursache kann der Morphologe mit seinen Mitteln nicht lösen; er kann aber an der Klärung gewisser Hypothesen mitarbeiten und ihren Wert an den anatomischen Befunden messen. *Sp.* lehnt insbesondere *Pette*s Beweisführung, die sich auf pathologisch-anatomische Befunde stützt, ab. Er selbst denkt daran, daß die hier besprochene primäre Wucherung der Glia eine Reaktionsform auf verschiedenartige Reize sein könne.

Im zweiten Teil seines Referats spricht *Sp.* von den Bemühungen der Enzephalitisforschung, diesen pathologisch-anatomischen Krankheitsbegriff natürlich zu umgrenzen. Er unterscheidet an dem, was im Gefolge von kindlichen Infektionen an Hirnerscheinungen auftritt, histologisch 3 Gruppen: die entzündlichen, die degenerativen und die zirkulatorisch bedingten Schädigungen des Zentralnervensystems. Bei der ersten Gruppe der angeblich echt

enzephalitischen Zerstörungen muß danach getrachtet werden, die Frühstadien des Vorganges zu erfassen, da am Endzustand eine pathogenetische Analyse meist unmöglich ist. Bei den degenerativen Erscheinungen, die besonders häufig nach Diphtherie und Scharlach sind, kommen neben ziemlich ausgebreiteten Prozessen auch mehr lokalisierte Schädigungen bestimmter grauer Massen vor, die dafür sprechen, daß besondere Noxen eine ausgesprochene Affinität zu bestimmten Systemen haben. Unter den Kreislaufstörungen schließlich ist die Keuchhusteneklampsie besonders wichtig. Hier finden sich nekrobiotische Erbleichungen mehr oder weniger aller Rindenschichten und Ausfall eines Zellstreifens innerhalb des Rindenbands, wie sie gleichartig bei sicheren Kreislaufstörungen gefunden sind. Daraus wird der Schluß gezogen, daß in der Pathogenese der Keuchhusteneklampsie und ihres zentralnervösen Substrats funktionelle Kreislaufstörungen wirksam sind; damit rückt die Keuchhusteneklampsie ihrem Wesen nach in die Reihe der Eklampsien und Epilepsien. Das wird durch Veränderungen am Ammonshorn bestätigt, die als durchgehendes Zeichen bei Krampfkrankheiten der verschiedensten Art anzusehen sind.

Gins (119) hat die nervösen Erkrankungen, die sich seit 1912 in Preußen der Pockenimpfung angeschlossen haben, einer genaueren Betrachtung unterzogen; es handelt sich um 69 Fälle. Er stellt dabei drei Fragen in den Vordergrund: ob es sich um Erkrankungen handle, die ausschließlich im Gefolge der Vakzination beobachtet werden, ob die klinischen Symptome eine Abgrenzung von anderen, bekannten Krankheiten ermöglichten und ob die etwaigen Obduktionsbefunde eine gemeinsame Ursache wahrscheinlich machen. Er folgert: daß die vakzinale Infektion von sich aus eine echte Enzephalitis erzeugen kann, ist nicht bewiesen. Die beobachteten echten Enzephalitiden lassen sich zurzeit nur durch Mobilisierung einer latenten Enzephalitis-Infektion erklären. Welcher Art die Enzephalitis ist, ist unsicher; in vielen Fällen handelt es sich wahrscheinlich um die epidemische Form. Mit der in England und Holland beobachteten »Impf-Enzephalitis« sind nur wenige Fälle identisch.

Sioli (375) gibt eine kurze Übersicht über die Probleme und Ergebnisse der Enzephalitisforschung.

Beringer (18) fand in der burjato-mongolischen Republik 10 Fälle von Encephalitis epidemica, davon 4 bei der russischen, 6 bei der mongolischen Bevölkerung. Die ersten Fälle sind 1920 dort beobachtet. Ein Fall war interessant wegen der Anfälle, die Verf. kausal für zusammengehörig mit der Enzephalitis hält.

Dubitscher (68) untersuchte mit Ergograph und Dynamometer die Abweichungen von Metenzephalitikern gegenüber Gesunden, und zwar hinsichtlich der Ermüdbarkeit, des »natürlichen Rhythmus«, der Reaktion auf Fremdantrieb und der Spontaneität. Er verglich dabei weiter 13 motorisch leicht oder kaum Geschädigte mit 10 deutlich geschädigten Metenzephalitikern.

Dabei zeigten alle Kranken sowohl qualitativ wie quantitativ Abweichungen vom Verhalten Gesunder. Einmal fand sich eine Herabsetzung der Gesamtleistung, die annähernd der klinisch sichtbaren motorischen Störung parallel ging, zum anderen waren die Schwankungen der Einzelleistungen stärker, und zwar namentlich bei Kranken mit geringeren motorischen Störungen. Bei den motorisch schwerer Geschädigten war die Verminderung

spontaner Mehrleistungen auffällig. Auf Fremdantrieb wurde zwar reagiert, aber nur selten in normaler Weise.

Bei den rhythmischen Versuchen erreichten die Kurven in der Regel bei den Kranken während der Entspannungsphase der einzelnen Pressungen mehr oder weniger lange die Abszisse nicht. Auch in den spontanen Pausen blieb ein solcher Kontraktionsrückstand bestehen, was darauf schließen läßt, daß die Pausen mehr in Impulsstockungen als in Ermüdung ihre Ursache haben. Rhythmische Störungen wurden sowohl bei der Arbeit nach dem Metronom wie im spontan-rhythmischen Versuch sehr häufig beobachtet.

Wilder (442) beschreibt einen Fall von beginnendem metenzephalitischem Parkinsonismus, bei dem gesteigerter Antrieb zum Singen und zum Lautlesen auftrat. Die 36 jährige Frau sang ausschließlich Schullieder, die sie mit Leidenschaft sammelte und auswendig lernte. Im übrigen war sie weder früher noch jetzt besonders für Musik interessiert.

Verf. deutet die Erscheinung nicht als Zwangshandlung, da alle Merkmale einer solchen fehlen, sondern als Antriebsstörung, eine Steigerung des Antriebs zum Singen, und meint, daß man es dabei wie beim Antrieb zum Lautlesen mit einer Enthemmung von primitiveren psychomotorischen Automatismen zu tun habe.

Ein weiterer Fall (56 jähriger Mann mit apoplektischen Insulten) zeigte das Symptom der Megaphonie, d. h. des Überlautsprechens mit Verlust der Modulationsfähigkeit und mit rhythmischen Störungen der Sprache. Dafür nimmt Verf. einen Herd in den Stammganglien an.

Velhagen jun. (420) fand bei einer Reihe von Enzephalitikern Bewußtseinsstörungen, die in tiefen kataleptischen Schlaf hinüberführen konnten. Diese Bewußtseinsstörungen standen in einer deutlichen Abhängigkeit von den Augenmuskeln, derart, daß bestimmte Blickinnervationen und Augenschluß sie auslösten. Sehr häufig traten dabei auch Konvergenzspasmen nach oben auf. Es ließ sich aber zeigen, daß weder Konvergenz an sich noch Akkomodation die auslösenden Faktoren sind. Hyperventilation kann dieselben Erscheinungen auslösen. Sie eröffnen einen neuen Einblick in das Wesen des physiologischen und hypnotischen Schlafes insofern, als dabei eine wichtige Rolle der Augenmuskeln und der von ihnen fortgeleiteten sensiblen Erregung aufgedeckt wird.

E. Guttmann (129) teilt einige sehr interessante Fälle von Enzephalitis mit, bei denen sich allmählich schizophrenieähnliche Psychosen entwickelten.

Er unterscheidet unter Berücksichtigung des in der Literatur niedergelegten Materials vier Gruppen: die erste umfaßt die symptomatischen Psychosen bei einem akuten oder subakuten Hirnprozeß, die hinsichtlich ihrer Genese der gleichen Problematik unterliegen wie alle anderen symptomatischen Psychosen, aber hinsichtlich ihrer Auffassung keine darüber hinausgehenden Schwierigkeiten bieten. Nur in ihre Pathoplastik gehen gelegentlich enzephalitische Primärsymptome ein.

Als zweiter Typus schließen sich die Fälle an, in denen Zustände von Bewußtseinstrübung nachweisbar sind, die dafür sprechen, daß noch ein Hirnprozeß wirksam ist, der zu exogenen Syndromen führen kann. Außerhalb der Bewußtseinstrübung wird aber in diesen Fällen der Wahn beibehalten und sogar noch ausgebaut. Man kann hier vom Typus des Residualwahns sprechen, muß aber im Auge behalten, daß bei dieser Fixierung

unter Umständen Vorgänge eine Rolle spielen, die bei der nächsten Gruppe kennzeichnend sind.

Bei dieser dritten Gruppe handelt es sich um stationäre Fälle, bei denen wir eine durch den Prozeß hervorgerufene Persönlichkeitsumwandlung im Sinne einer paranoischen Bereitschaft annehmen. Auf diesem Boden kommt es unter der Wirkung von Erlebnissen, die den Rahmen des Alltäglichen nicht oder nicht weit überschreiten, zu mehr oder minder systematisierten Wahnbildungen.

Zur letzten Gruppe gehören schließlich die Fälle, wo die Enzephalitis durch uns nicht näher bekannte Umstände einen dem schizophrenen Hirnprozeß analogen Krankheitsvorgang schafft, dessen klinische Auswirkung dadurch mit jenen der Schizophrenie schlechthin identisch ist.

Anzufügen wären unter Umständen noch die echten Kombinationen, deren Studium wichtige Aufschlüsse für pathologische Auswirkungen geben könnte.

Engerth und *Hoff* (83) konnten das Schicksal von 95 früher in der Wiener Klinik beobachteten oder begutachteten Enzephalitiker verfolgen. Dabei zeigte sich, daß das Schicksal der erwachsenen Kranken (über 20 Jahre alt) aus beiden unterschiedenen Gruppen (Gruppe I mit deutlich feststellbaren organischen Erscheinungen; Gruppe II ohne oder mit kaum nachweisbaren organischen Defekten) etwa gleichgeblieben war. Bei den Jugendlichen, die jetzt noch unter 18 Jahren sind (45) ist der weitere Verlauf mit einigen Ausnahmen überaus traurig gewesen, insbesondere sind zahlreiche kriminelle Verfehlungen von ihnen begangen. Etwas günstiger sind die jetzt über 18 Jahre alten Jugendlichen (36) dran; doch sind auch von ihnen 15 kriminell geworden. Anstaltsbehandlung scheint in vielen Fällen das gegebene.

Környey (200) versucht in der vorliegenden Arbeit die morphologische Zergliederung der *Wilson*schen Krankheit, um die Frage etwaiger heredodegenerativer Kennzeichen zu klären. Er geht dabei aus von einem Wilson-Fall, dessen Krankengeschichte und anatomischer Befund ausführlich beschrieben und diskutiert werden.

Zusammenfassend ergibt sich bilateral-symmetrisches isoliertes Befallensein der Putamina bei Freibleiben aller übrigen Gehirnteile von chronischen histologischen Veränderungen. Der pathologische Prozeß in den Putamina besteht in einem wahllosen Untergang allerlei — nervenzelliger, faseriger und gliöser — Ektodermabkömmlinge, welcher mit einem raschen ausgedehnten lipoiden Abbau einhergeht. Die *Alzheimer*schen großen atypischen Gliazellen sind degenerative Formen der protoplasmatischen Neuroglia, welche auch bei anderen, Lebererkrankungen begleitenden zentralen Prozessen erscheinen. Die Ausbildung des Status spongiosus ist die Folge eines Mitbefallenseins der Neuroglia, dementsprechend ihre faserbildende Tätigkeit ausbleibt. *Wilson*sche Krankheit mit Pseudosklerose stellen ein und dieselbe Krankheitsform dar mit Variation in der Lokalisation und der Intensität des Parenchymschwundes. Die *Wilson*sche Pseudosklerose und gewisse Torsionsspasmusfälle, welche mit Leberzirrhose verbunden sind, zeigen das morphologische Bild der toxisch-ektodermotropen Erkrankung. Hingegen können dieselben Syndrome auf heredodegenerativer Grundlage erscheinen, wobei sich dann im histopathologischen Bild die *Schaffer*schen Kennzeichen der hereditär-systematischen Erkrankungen bemerkbar machen.

Das durchschnittliche morphologische Bild dieser ektodermotropen Erkrankungen unterscheidet sich von jenen der ektodermogen-hereditären dadurch, daß es keine echte Systemwahl verrät. Dabei ist die Erkrankung bei den ersterwähnten Formen eine topisch-lokal, bei den letzteren hingegen eine segmentär-systematisch bedingte. Die *Wilson*sche Pseudosklerose ist keine heredodegenerative Erkrankung. Ihr öfters beobachtetes familiäres Auftreten ist ein Zeichen der konstitutionellen Disposition, aber nicht der Vererbung.

Redlich (316) behandelt an Hand von 2 Fällen, die genau beschrieben werden, die Frage des Auslösungsortes der tetanischen Krämpfe und nimmt außerdem Stellung zu der von *Oppenheim, Cassirer* u. a. beschriebenen sogenannten zervizalen Form der multiplen Sklerose. Die beiden Fälle sind einander recht ähnlich: Im ersten Fall traten bei einer Frau mit 45 Jahren Parästhesien in der rechten Hand auf, später eine Empfindungsstörung, Pat. ließ Gegenstände aus der rechten Hand fallen. Mit 48 Jahren ähnliche Erscheinungen auch in der linken Hand. Später Gangstörung, leichte Blasenstörungen. Mit 49 Jahren in die Klinik. Dort Nystagmus, ganz leichte Schwäche der rechten Hand, Ungeschicklichkeit und Ataxie derselben, Störung der tiefen Sensibilität an beiden Händen, Taststörung beiderseits. Kaum merkliche Schwäche des rechten Beins, deutliche Ataxie beider Beine. Sehnenreflexe gesteigert. Babinski beiderseits positiv. Leichte Liquorveränderungen. Zustand leicht wechselnd.

Fall 2: Beginn mit 40 Jahren. Zunächst Parästhesien im linken Bein, dann im rechten Arm; Pat. ließ Gegenstände aus der rechten Hand fallen, bisweilen Zucken im rechten Arm. Nach einigen Tagen Parästhesien im rechten Bein, Gehstörungen. Befund: Leichte Atrophie des I. Interosseus rechts, weniger links, leichteste Parese der oberen Extremitäten. Deutliche Schwäche des rechten Beines mit leichter Ataxie. Sehnenreflexe gesteigert, rechts mehr als links, beiderseits Babinski; Gang ataktisch. Zellvermehrung im Liquor. Später unter Schwankungen erhebliche Verschlimmerung: schwere Parese aller vier Extremitäten, oben rechts, unten links ausgesprochener. Schwere Störung der Tiefensensibilität an Armen und Beinen, komplette Tastlähmung an beiden Händen.

In beiden Fällen bestanden tetanieartige Krämpfe im rechten Arm, die ausführlich behandelt werden; in beiden Fällen fehlten die meisten für die echte Tetanie charakteristischen Erscheinungen. Verf. betrachtet die tetanischen Krämpfe daher hier als Symptom, das von dem zentralen Prozeß abhängig sei. Analog *Landauer* nimmt er an, daß durch den anatomischen Prozeß selbst die abnorme Erregbarkeit der die Tetaniekrämpfe auslösenden Zentralstelle verursacht wird.

Klinische Überlegungen in beiden Fällen legten die Annahme nahe, »sowohl die Störungen der Tiefensensibilität und der taktilen Gnosis wie die einseitigen Tetaniekrämpfe als zerebral bedingt aufzufassen, auf Herde in den subkortikalen Ganglien und in der inneren Kapsel zurückzuführen«, wobei der provisorische Charakter dieser Annahme betont werden muß.

Pinéas (296) teilt einige Beobachtungen von Sensibilitätsstörungen mit, die darin bestanden, daß Stiche oder Berührungen an hemiplegisch gelähmten Gliedern zwar empfunden, aber an die symmetrischen Punkte der anderen Körperhälfte verlegt wurden. Ferner sah er einen Fall, in dem sowohl einmalige Stiche als doppelt wie zwei einanderfolgende Stiche als einfach empfunden wurden. Er erwähnt schließlich Fälle, in denen Stiche

zwar empfunden, aber entweder außerhalb des eigenen Körpers (»da hinten an dem kleinen Stuhl fühl' ich es«) oder gar nicht lokalisiert wurden.

Beyermann und *Leicher* (22) untersuchten die Wirkung des Nikotins, Atropins, Hyoscins und Hyoscyamins auf die muskulären und gewisse psychische Leistungen von Parkinsonkranken. Sie fanden unter Hyoscin- und Hyoscyaminwirkung eine objektive Besserung am Ergographen und in der Bewegungsgeschwindigkeit. Untersuchungen mit dem Ergographen und mit dem Dynamometer gestatteten die Feststellung, wieviel von den Muskelerscheinungen dem Rigor, wieviel der Parese zuzuschreiben war. Hyoscin wirkte im allgemeinen besser als Hyoscyamin. Auch Subtraktionsversuche gingen besser unter der Wirkung der Alkaloide. Dagegen erwiesen sich Tachistoskopversuche als nicht zuverlässig.

Eichler (81) untersuchte am Ergographen die Wirkung von Harmin und Harmalin an 22 parkinsonistischen Metenzephalitikern. Beide Mittel erleichterten die Willkürbewegungen und besserten die Spontaneität. Auf andere klinische Erscheinungen (Tremor, Speichelfluß usw.) ließ sich keine nennenswerte Wirkung feststellen. Die Wirkung war in der Regel nur eine flüchtige; nur in einem Falle ließ sich eine Wirkung über Wochen hin feststellen. Beide Mittel müssen subkutan gegeben werden, Harmin in Dosen von 0,02—0,03, Harmalin 0,04.

Rustige (333) sah nach Harmin bei klinischer Beobachtung ebenfalls Besserungen der Willkürbewegungen und auch der automatischen Bewegungen (im Gegensatz zu *Beringer*); auch psychisch fühlten sich manche Kranke freier. Die objektive Wirkung dauerte bis höchstens eine Stunde.

Gausebeck (109) fand bei seinen Untersuchungen über die Wirkung von Harmin, über deren Art er nichts sagt, daß die Wirkungsdauer des Harmins bei peroraler Verabfolgung zwar länger sei als bei subkutaner, daß die Wirkung aber derjenigen von Scopolamin unterlegen sei.

Pinéas (295) fand im Harmin ein sehr wertvolles Mittel zur Besserung der Motilität und der Motorik bei metenzephalitischem Parkinsonismus und auch bei Paralysis agitans.

Schuster (363 u. 364) beobachtete bei Banisterin und Harmin als Nebenwirkung leichte Kopfbenommenheit, geringes Schwindelgefühl, Übelkeit, ganz selten Erbrechen, etwa eine viertel Stunde nach der Einspritzung; die Erscheinungen, die nur bei einem kleinen Teil der behandelten Kranken auftraten, hielten etwa $^1/_2$—1 Stunde an. Häufig fand sich eine mäßige Pulsverlangsamung.

Behandelt wurden insgesamt 70 Kranke mit metenzephalitischem Parkinsonismus, Paralysis agitans, mit arteriosklerotischer Gliederstarre und CO-Vergiftete. Nicht in jedem Fall wurde eine günstige Wirkung beobachtet. Am günstigsten wurden die Kranken beeinflußt, bei denen die Akinese und der Rigor im Vordergrunde standen, während das Zittern sehr zurücktrat. Besser wirkte das Harmin noch zusammen mit Strammonium (Harmin wöchentlich zweimal 0,02—0,03 und dreimal täglich 0,1 Fol. Dat. Strammonii in Pillen oder Suppositorien).

Kürbitz und *W. Lange* (212) behandelten 12 Kranke mit Encephalitis epid. mit Malaria, fanden jedoch keine wesentliche Besserung.

Mandl und *Sperling* (240) behandelten mit Pyrifer 14 Paralytiker, 11 Fälle von Lues cerebri, 13 Fälle von Tabes dorsalis, 15 Fälle von multipler Sklerose, 13 Fälle von metenzephalitischem Parkinson, drei

Schizophrene und einen Fall von Malariaenzephalitis. Dabei erwies Pyrifer sich als wertvolles Mittel zur Fiebererzeugung; es ist überall da angezeigt, wo eine Fiebertherapie notwendig und eine Malariakur kontraindiziert ist oder deren Überimpfung erfolglos blieb. Der therapeutische Effekt scheint bei guter Verträglichkeit, Unschädlichkeit und genauer Dosierbarkeit des Mittels nur hinter dem der Malariakur zurückzustehen.

Krause (205) empfiehlt bei multipler Sklerose nach Erschöpfung anderer therapeutischer Maßnahmen die Rekurrens-Infektionstherapie.

Lachs (214) behandelte 9 Fälle von multipler Sklerose mit Solganal, einem von Schering-Kahlbaum hergestellten Goldpräparat. Er sah von der Behandlung Günstiges.

Kraus (203) behandelte Fälle von Encephalitis epidemica, Parkinsonismus, Chorea minor und spastische Hemiplegien verschiedener Ätiologie mit Diathermie. Er fand eine funktionssteigende Wirkung auf Gehirn und Rückenmark, was ihm durch die Steigerung der Diurese bewiesen scheint. Er sah einen »unverkennbar günstigen Einfluß« von der Methode.

Riehl jun. (322) beschreibt und bespricht einen Fall von Schädigung durch Myosalvarsan, in dem es zum Auftreten einer schweren Salvarsandermatitis und im Anschluß daran zu einer tödlichen Salvarsanenzephalopathie kam. Die Untersuchung des Zentralnervensystems ergab den eigenartigen Befund einer schweren isolierten Gliaschädigung.

Bürger und *Kaila* (42) teilen einen Fall mit, in dem die Verflechtung organischer und psychogener Symptome sehr gut sichtbar wird. Es handelt sich um einen Mann, der sich emporgearbeitet hatte und der nach einem (nicht entschädigungspflichtigen) Unfall organisch-aphasische und optische Störungen zurückbehielt.

Dadurch wurde er gewissermaßen entwurzelt, fürchtete, sich in der Gesellschaftsschicht, in die er sich hinaufgearbeitet hatte, nicht halten zu können, und reagierte mit neurotischen Symptomen. Verff. zeigen, wie es nötig ist, in solchen Fällen die psychologische Natur der Persönlichkeit zu klären, um einen sicheren Standpunkt zur rein praktischen Beurteilung und Behandlung der Folgeerscheinungen bei organischen Hirnschädigungen zu gewinnen.

v. Stockert (397) versuchte aphasischen Kranken mit Wiederholungserscheinungen (Stottern) während ihrer Sprechversuche willkürliche Bewegungen aufzutragen und fand, daß durch diese Ablenkung der Aufmerksamkeit vom Sprechakt die tonische Komponente der Störung weitgehend behoben wurde, während das primäre Silbenwiederholen eine deutliche Verschlechterung erfuhr. Er teilt eine Reihe interessanter Beobachtungen von psychogenen Überlagerungen aphasischer Störungen mit, die unter besonderen Umständen (Delirium tremens, Pneumonie, Dämmerzustand bei einem stotternden Epileptiker) schwanden. Zum Zustandekommen einer ausgesprochen psychogenen Überlagerung einer organischen Sprachstörung ist nicht nur die Aufmerksamkeitszuwendung zum behinderten Sprechakt, sondern auch die Intaktheit des psychophysischen Schaltapparats erforderlich, was Enzephalitiker mit ihren Sprachstörungen beweisen.

Stengel (390) beschreibt klinisch und anatomisch einen Fall von akuter aszendierender multipler Sklerose kombiniert mit typischer Syringomyelie. Die Befunde sprechen dafür, daß der akute disseminierte Prozeß die Progredienz der zentralen Gliose herbeigeführt und die Aus-

bildung der Syringomyelie veranlaßt hat. Auch bei Kombination anderer Erkrankungen mit Syringomyelie dürfte ein ähnlicher Mechanismus in Betracht kommen. Wir dürfen annehmen, daß Prozesse, die zur Proliferation gliöser Elemente im Bereich oder in der nächsten Umgebung der zentralen grauen Substanz führen, bei entsprechender Veranlagung auch die ruhenden Spongioblasten mobilisieren und zur Bildung einer typischen Syringomyelie führen können.

Vogt (425) teilt interessante Untersuchungen mit, deren Ergebnis er kurz zusammenfaßt: »Der Pigmentring bei Pseudosklerose zeigt am Spaltlampenmikroskop eigentümliche Farbenerscheinungen, die von Braun und Gelb zu Grün und Ultramarinblau reichen und welche in genau übereinstimmender Weise durch in die Hornhaut eingeheilte kolloidale Silbereiweißlösungen hervorgerufen werden. Die letzteren zeigen ferner die Neigung, sich in der Gegend der Membrana Descemeti auszubreiten. Die Farbenerscheinungen sind derart typisch, daß auf die Identität des Pseudosklerosepigments mit solchen eingeheilten Silberverbindungen geschlossen werden darf.

Nicht nur klinisch, auch chemisch läßt sich das Pigment der Descemeti als Silber erkennen. Die Kupferkatarakt, die durch *Siemerling* und *Oloff*, dann durch Verfasser und durch *Jeß* bei Pseudosklerosepigmentring gefunden wurde, ist mit dem von *Rumpel* und *Söldner* erhobenen Befund von größeren Kupfermengen in der Leber in Beziehung zu bringen. Die Farbenerscheinungen sind als Beugungsfarben anzusehen.

Durch die nach dem Tode der betreffenden Kranken vorgenommene chemische und anatomische Untersuchung wurden die Mutmaßungen des Verf. in vollem Umfange bestätigt.

Haase (134) teilt zwei Fälle mit, die auf Schädeltraumen mit den typischen Symptomen der Commotio reagierten: Bewußtlosigkeit, Erbrechen, Kreislaufstörungen, retrograde Amnesie. Diese Erscheinungen, zu denen im ersten Falle noch ein delirantes Zustandsbild trat, bildeten sich völlig zurück; neurologische Herdsymptome fehlten. Es blieben nur mehr oder weniger auffällige psychische Veränderungen: Fall 1 zeigte eine leichte Wesensveränderung; er war leicht reizbar, übelnehmerisch, streitsüchtig, stimmungslabil, konnte Alkohol nicht vertragen. Fall 2 war apathisch, deprimiert, wehleidig, weinerlich; bei ihm wurden die Beschwerden für funktionell gehalten. Beide starben an interkurrenten Erkrankungen. Autoptisch fanden sich in beiden Fällen schwere Hirnveränderungen, insbesondere Erweichungsherde an den Stirn- und Schläfenpolen. Verf. mahnt zur Zurückhaltung mit der Annahme einer reinen Psychogenie bei postkommotionellen Beschwerden.

Muck (265) berichtet zusammenfassend über seine Untersuchungen mit dem Adrenalinsondenversuch an 92 Hirnverletzten. Bei 35 Hirnverletzungen der rechten Hemisphäre sah er 35mal die weiße Strichzeichnung rechts, bei 32 Verletzungen der linken Hemisphäre 32mal links. Fällt der Versuch nach einer Schädelverletzung positiv aus, muß die Verletzung erheblich gewesen sein; dann ist eine Tonusstörung der Gehirngefäße als Dauerzustand eingetreten. Die Hirnschädigung kann hemisphär durch den Adrenalinsondenversuch bestimmt werden. Klagen von Schädelverletzten mit positivem Ausfall des Versuchs dürfen nicht ohne weiteres in das Ge-

biet der funktionellen Neurosen, der Aggravation, des Rentenbegehrens verwiesen werden.

Schlosser (350) teilt zwei Fälle mit, bei denen durch Taschenmesser Stichverletzungen des Gehirns von der Konvexität her gesetzt waren. Der erste der beiden näher beschriebenen Fälle heilte ohne Therapie mit Defekten aus, der zweite, bei dem das Messer bis zum Heft eingedrungen war, kam am 11. Tage nach der Verletzung ad exitum. Die Behandlung wird kurz besprochen.

Halpern und *Hoff* (137) beschreiben ausführlich einen Fall mit einer Störung des Farbensinns. Aus ihm und zwei weiteren kürzer behandelten Fällen leiten sie eine Grundfunktion der Zentren des Gehirns ab, nämlich Reize weiterzuleiten, zu bremsen und zu richten; daneben hat jedes Zentrum noch eine spezifische Funktion.

Die zerebrale Farbenblindheit kann durch zwei Mechanismen hervorgerufen werden; erstens durch Herde in den basalen Anteilen der Sehstrahlung, die die Reizleitung wohl nicht vollständig blockieren, die Reize aber abschwächen, so daß sie wohl in die inneren Schichten der Rinde gelangen und hier die Empfindungen des Raumsinnes auslösen, daß dann aber der Impuls verebbt und nicht mehr in die äußeren Schichten, die das Farbensehen vermitteln, gelangt. Zweitens durch Störungen in der Regulierung der Helligkeitszufuhr, die normalerweise durch die im Parietookzipitalhirn gelegene Nebensphäre geleitet wird. Diese Zentren bedingen normalerweise eine erhöhte Tätigkeit der Randpartien der eigentlichen Sehregion. Verff. nehmen an, daß diese Randpartien ohne die hemmende Regulierung der Nebensehsphäre die Helligkeitszufuhr derart abbremsen, daß das Weltbild farblos gesehen wird und an Stelle des Farbensehens infolge der geringen zur Verfügung stehenden Helligkeitszufuhr nur ein unbestimmtes Farbigsehen tritt.

Joßmann (173) stellt sehr ausführlich einen Fall mit optisch agnostischen Störungen dar. Der Krankheitsprozeß setzte ganz akut ein; im Vordergrunde standen Bewußtlosigkeit, epileptoide Krampfanfälle, deren genauere Lokalisation nicht möglich war, Temperatursteigerung und eine symptomatische Psychose mit deliranten Episoden. Wahrscheinlich handelte es sich um einen toxisch-infektiösen Prozeß, der zu einer echten Enzephalitis geführt hat. Erst nach Ablauf des akuten Stadiums, das einige Wochen dauerte, traten die agnostischen Störungen in Erscheinung, die nur die optische Sphäre betrafen. Anfänglich hat es sich offenbar um eine fast völlige Aufhebung der Fähigkeit gehandelt, optisch zu erkennen. Die untersuchten Restsymptome — die Kranke kam etwa ein Jahr später in Behandlung des Verf. — bestanden gleichfalls in einer isolierten Agnosie, soweit der Erkennungsakt auf optischen Eindrücken fundiert war. Diese trat bei der Prüfung auf verschiedenen Gebieten in sehr wechselnder Form und Stärke auf. Offenbar gar nicht gestört waren die sogenannten elementaren Sehleistungen. Die Prüfung auf Farbwahrnehmung ergab einen annähernd normalen Befund. Ebenso wurden Formen in ihrem elementaren Aufbau gut erkannt, die Lesefähigkeit war ungestört.

Bei der Erkennung komplexerer optischer Gebilde ergaben sich relativ die geringsten Fehlleistungen bei der Identifizierung körperlicher Gegenstände. Wesentlich gröber waren die Ausfälle beim Erkennen von Bildern. Personen wurden im allgemeinen gar nicht erkannt. Verf. versuchte

bei seinen Beobachtungen einige bisher weniger berücksichtigte Züge des Wahrnehmungserlebnisses im Sinne der von *Poetzl* geschaffenen agnostischen Typengliederung zu erfassen. Er führt zunächst eine Analyse des Erkennungsaktes durch, bespricht dann die Erkennung bewegter Objekte; dabei wird besonders darzustellen versucht, welche Bedeutung der Freiheit des Einstellungswechsels zukommt. Er sucht zu zeigen, daß die gefundenen Ausfälle sich als Ausdruck der Störung einer Grundfunktion auffassen lassen. Die Einheitlichkeit der vorliegenden Störung wird darin erblickt, daß die einzelnen Ausfälle eine mangelhafte Gliederung optisch-räumlicher Gegebenheiten erkennen lassen. Unter den ermittelten hemmenden und fördernden Faktoren ließ sich die Bewegung als Motiv von grundsätzlicher Bedeutung entwickeln. Der Fall nimmt eine Mittelstellung zwischen der dritten Gruppe *Poetzls*, welche die optischen Orientierungsstörungen im Raume mit umfaßt, und der ersten Gruppe, zu der die Agnosie für Bilder und Vorgänge zu rechnen sind, ein. Der vom Verf. gegebene Deutungsversuch muß im Original nachgelesen werden.

Klein (193) beschreibt einen Fall von Aphasie, dessen Besonderheit darin liegt, daß die Darstellungs- und Konversationssprache unter den größten Schwierigkeiten vor sich geht, während alle übrigen sprachlichen Funktionen, vor allem das Bezeichnen, recht gut ablaufen. Verf. schließt, daß die Ursache dieser eigenartigen Sprachstörung in dem fehlenden bzw. mangelhaft auftauchenden Denkmaterial für die Sprache liegt. Eine Störung des formalen logischen Denkens konnte er an diesem Falle nicht feststellen. Er betont die Bedeutung der Denkinhalte, des Denkmaterials, neben dem formalen Denken bei der Beurteilung aphasischer Störungen. Das gute Erhaltensein des Bezeichnens bringt er mit der angenommenen Störung insofern in Übereinstimmung, als hier im wesentlichen ein einfacher symbolischer Denkvorgang Voraussetzung ist, nicht eine Reihe mehr oder weniger komplizierter Inhalte. Weiter zeigt er, daß die Reaktion um so besser ist, je determinierter die Aufgabe. Im Fall *Kramers*, meint Verf., handle es sich nicht um eine Störung des formalen Denkens, sondern um eine solche im Denkmaterial; er führt Fälle von Korsakow-Psychose an, die eine ganz ähnliche Störung aufweisen, und nimmt auch für diese eine Reduktion der Denkinhalte an.

Kauders (180) teilt einen interessanten Fall von polyglotten Reaktionen bei sensorischer Aphasie mit. Der Kranke hatte bis zu seinem 16. Jahre nur die deutsche Sprache gelernt und verstanden, war dann ins Ausland gegangen und hatte dort die französische und englische Sprache bis zur Beherrschung der praktischen Umgangssprache sich angeeignet, pflegte auch nach seiner Rückkehr im Beruf wie durch Lektüre beide Sprachen. Mit etwa 50 Jahren erster apoplektischer Insult mit rasch vorübergehender Bewußtlosigkeit, kurzdauernder, aber starker Verwirrtheit und aphasischen Störungen ohne deutliche paretische Erscheinungen. Später mehrere ähnliche Insulte (Typus I); mit 59 Jahren ein anders verlaufender Insult mit länger dauernder Bewußtlosigkeit, linksseitigen Lähmungserscheinungen ohne aphasische Störungen (Typus II); danach zunehmende Verschlechterung im körperlichen und geistigen Zustand des Kranken. Letzter Insult vom Typus I mit 61 Jahren; die aphasischen Störungen zeigten nunmehr keine Tendenz zur Rückbildung mehr.

Es fand sich überwiegend Vermengung der französischen mit der

deutschen Sprache, obwohl Pat. das Englische bevorzugt hatte. Verf. erklärt das unter Berücksichtigung zweier Fälle von *Herschmann* und *Poetzl* aus der Situation, in der der erste Anfall stattfand: Pat. befand sich dabei im Gespräch mit einem französischen Arzt, der auch nach dem Erwachen aus der kurzen Bewußtlosigkeit zuerst mit ihm sprach. Die sprachliche Einstellungskategorie, die in der Zeit des Anfalls vorherrschend war, wird »gefangen«, und zwar in einer Weise, die den Wechsel auf andere sprachliche Einstellungskategorien schwer möglich macht und der bis zu einem gewissen Grade fixierten, erst im späteren Ablauf sich etwas lockernden Einstellungskategorie eine dominierende, sich immer wieder vordrängende Stellung verschafft. Vergleichsweise wird auf epileptische Dämmerzustände verwiesen, bei der die gleiche Einstellung auch mit oft photographischer Treue wiederkehrt. Bemerkenswert ist, daß die polyglotten Reaktionen sich namentlich dann vordrängten, wenn die erste Situation wieder bis zu einem gewissen Grade hergestellt war, d. h. beim Gespräch mit dem Arzt. Sprach er etwa mit seiner Frau, so schwanden die polyglotten Reaktionen völlig.

Schließlich versucht Verf. die Frage, weshalb bei einer verhältnismäßig großen Zahl von polyglotten Kranken polyglott-aphasische Erscheinungen nicht häufiger sind, zu beantworten.

E. Guttmann und *Spatz* (130) veröffentlichen drei Beobachtungen von Meningiomen, die sie als Untergruppe der »suprasellaren Meningiome« *Cushings* ansehen und als »Meningiome des vorderen Chiasmawinkels« bezeichnen. Die drei beschriebenen Fälle stellen drei verschiedene Entwicklungsstadien desselben Krankheitsbildes dar. Im Fall 1 blieb der sehr kleine Tumor symptomlos. Im Fall 2 mit pflaumengroßem Meningiom standen namentlich Sehstörungen nach dem Typ der bitemporalen Hemianopsie (aber asymmetrisch) im Vordergrund. Fall 3 mit einer über hühnereigroßen Geschwulst zeigt doppelseitige völlige Optikusatrophie und Erblindung, rechts Herabsetzung des Riechvermögens, Euphorie, Witzelsucht, Motilitätsstörungen, Fettsucht. Der Ausgangspunkt der Tumoren ist zu suchen in der Mittellinie am hinteren Rande des Jugum sphenoidale. Differentialdiagnostisch kommen namentlich Hypophysenadenome und Hypophysengangstumoren in Betracht. Chirurgisch ist das zweite Stadium (Fall 2) besonders günstig; das Vorgehen erfolgt transfrontal. Die Chancen sind nach den Erfahrungen von *Cushing* und *Sargent* ermutigend.

Ilberg (164) gibt einen kasuistischen Beitrag zur Klinik und Anatomie der Mittelhirntumoren. Die ersten Symptome machten sich bereits im 6. Lebensjahre bemerkbar; die Erkrankung dauerte 18 Jahre lang.

Liebert (229) berichtet über einen Epiphysentumor, bei dem sich Blicklähmung nach oben, lichtstarre Pupillen, Abweichen des rechten Armes nach außen, krampfartig auftretende rechtsseitige Streckspasmen, rechtsseitige tonische Krämpfe, Stauungspapille, Blutungen im Augenhintergrund fanden. Daneben bestand vielleicht geistige Frühreife, während der Körper nicht besonders frühentwickelt war. Anatomisch handelte es sich um ein Pinealom.

Salinger und *Kallmann* (336) teilen einen Fall von Hirnzystizerkose mit bei einem 36jährigen Mann, der in der Jugend epileptische Anfälle hatte, sich mit 29 Jahren luisch infizierte und nun seit etwa einem Jahr mit neurologischen und psychischen Störungen erkrankte (euphorisch-

demente Grundstimmung, Merkfähigkeits- und Auffassungsstörung, Größenideen), die trotz negativen Wassermanns im Liquor an eine Paralyse denken ließen.

Redlich (317) gibt einen guten Überblick über den sog. Pseudotumor cerebri, seine hauptsächlichsten Ursachen und seine Behandlung unter Anführung einer Reihe von dahingehörigen Fällen eigener Beobachtung.

v. Witzleben (448) stellte für die Behandlung der Hirntumoren folgende Richtlinien auf: Ist ein Tumor der großen Schädelhöhe lokalisatorisch eindeutig bestimmt, so soll nur dann operiert werden, wenn sich aus dem klinischen und evtl. röntgenologischen Befunde die Operabilität ergibt (was selten der Fall sein wird). Eine Nachbestrahlung ist in jedem Fall angezeigt, da die restlose Entfernung fast nie gelingt. Die Frage der Entlastungstrepanation ist in jedem Falle sorgfältig zu prüfen, sie stets anzuwenden erscheint nicht angebracht. Bei zunehmenden Druckerscheinungen muß trepaniert werden. Alle inoperablen Tumoren sind zu bestrahlen, sie können zuweilen dadurch operabel werden. Alle Fälle mit dem klinischen Bild eines Tumors, der sich aber nicht sicher nachweisen läßt, sind der Probebestrahlung zu unterwerfen. Die Gefahren der Röntgentherapie lassen sich bei richtigem Vorgehen fast stets vermeiden.

Bei Hypophysentumoren tritt die Operation gänzlich zurück, die Röntgentherapie wird zum Verfahren der Wahl. In seltenen Fällen ist auch hier die vorherige operative Entlastung angezeigt.

Klein (194) beschreibt das eigenartige Verhalten eines senil dementen Kranken seinem Spiegelbild gegenüber: der Kranke sprach zu seinem Spiegelbild wie zu einer fremden Person, suchte es zu schlagen, evtl. auch, indem er hinter den Spiegel griff (vgl. dazu die Beobachtungen *Koehlers* an seinen Schimpansen! Ref.). Verf. meint, es müßten zwei Faktoren wirksam sein, um dieses Verhalten hervorzurufen: eine mangelhafte Gnosis für Gesichtszüge, die sich hier auch im Verkennen von Personen äußerte, und das Fehlen des Korrespondenzbewußtseins zwischen dem Ich und dem Spiegelbild.

Mayer-Groß (250) beschreibt zwei Symptome organischer Hirnschädigung, das Spieluhrsymptom und das organische Hysteroid. Das erste besteht im sehr häufigen Hersagen kleiner, sinnvoller, sprachlich völlig korrekter Geschichten mit der gleichen ausdrucksmäßigen Betonung und deutlicher innerer Anteilnahme (s. auch *Stertz*, Z. Neur. 101). Das organische Hysteroid besteht in organisch verursachten hysterieähnlichen Symptomen, wie Vorbeireden, blödartigem Affektverhalten, puerilistischen Zügen usw.; darüber werden weitere Erwägungen angestellt.

Feller (88) gibt eine kurze zusammenfassende Darstellung der Hirnblutung, vornehmlich vom pathologisch-anatomischen Standpunkt aus.

Anmerkung: Im Bericht 1928 habe ich bei der Besprechung der Arbeit von *Friedemann* (125) vor der Anwendung der Lufteinblasung bei Alkaloidentziehung gewarnt. Um kein Mißverständnis aufkommen zu lassen, betone ich, daß ich selbst niemals Lufteinblasungen bei Alkaloidentziehung gemacht habe. Im übrigen halte ich an meiner ablehnenden Stellung durchaus fest: Die Lufteinblasung ist kein harmloser Eingriff; sie hat ihre Berechtigung bei akuten Vergiftungen, namentlich wenn Lebensgefahr besteht; sie hat gelegentlich, wenn auch selten, gute Folgen bei Epilepsie. Sie ist dagegen völlig überflüssig, ja durchaus kontraindiziert,

bei Alkaloidsüchtigen, bei denen die Entziehungserscheinungen in den letzten Jahren infolge der kleineren Dosen einerseits, der allmählich erfolgten psychischen Umstellung auf die abrupte Entziehung andererseits durchaus erträglich geworden sind.

Referate von *Kloos* (Hamburg).

F. Georgi, C. Prausnitz u. *O. Fischer* (112) bewiesen durch das Experiment, daß durch Züchtung auf Gehirn ein an dieses weitgehend angepaßter, biochemisch abgeänderter Spirochätenstamm entsteht. Bei der Genese der Metalues könnte man an eine analoge Nährboden-Anpassung der zunächst »als harmloser Saprophyt auf den Lipoiden des ZNS. vegetierenden Spirochäte« denken.

Bostroem (29) berichtet über 7 Fälle manisch-depressiver und schizophrener Erkrankungen, die bei vorhandener Disposition dazu offenbar erst durch einen beginnenden paralytischen Hirnprozeß ausgelöst worden waren. Die Paralyse spielte in diesen Fällen eine symptomprovozierende, aber noch keine pathoplastische Rolle. Die endogenen Psychosen bewahrten trotz dieser Auslösung ihre Verlaufsselbständigkeit. Trotz schwerer psychotischer Erscheinungen kann die Prognose solcher Fälle gut sein, weil es sich nicht um Symptome paralytischer Hirnveränderungen, sondern nur um durch den leichten organischen Reiz flott gemachte, in der Persönlichkeit bereit liegende endogene Psychosen handelt. Auch die sog. Spontanremissionen und die Heilungen ohne Defekt sind wahrscheinlich als Abklingen einer durch die ersten, nur noch entzündlichen paralytischen Hirnveränderungen ausgelösten endogenen Phase zu erklären.

Nyirö (275) konnte unter 195 Paralytikern 49 finden, die ein schizophrenes Symptomenbild boten. Bei ihnen ist der Prozentsatz der Remissionen erheblich geringer als bei den übrigen.

Ruzicska (335) fand bei statistischer Auswertung des Materials der Budapester Psychiatr.-neurol. Univ.-Klinik von 1909—27 eine Abnahme der Prozentzahl der Paralysefälle. Der Zeitpunkt des Krankheitsausbruchs hat sich seit 1921 gegen die höheren Altersklassen verschoben. Die Inkubationszeit betrug bei der Hälfte 10—20 Jahre, bei $^1/_4$ weniger als 10, bei $^1/_4$ 20 Jahre.

L. Guttmann u. *Kirschbaum* (132) fanden bei der enzephalographischen Untersuchung von 50 Paralytikern in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle asymmetrische Ventrikelerweiterungen (li. $>$ re.) und als Ausdruck der Rindenatrophie verstärkte Oberflächenzeichnung, besonders im Bereiche des Stirn- und Schläfenlappens, in vorgeschrittenen Fällen auch zirkumskripte Luftansammlungen, wo die Gehirnrinde infolge von Atrophie eingesunken ist. Der enzephalographische Befund ist mit ein wesentlicher Anhaltspunkt für die Prognosestellung, auch für die Entscheidung der Frage, ob von einer Wiederholung der Fieberkur ein Erfolg zu erwarten ist. Kontraindiziert ist die Enzephalographie bei Bestehen einer Kreislaufschädigung.

Pönitz (298, 300) stellt auf Grund der Statistiken aller Landesanstalten der Provinz Sachsen fest, daß die Durchschnittsbelegzahl an Paralytikern seit Einführung der Malariabehandlung deutlich gestiegen ist, obwohl die Paralytiker-Aufnahmezahl annähernd gleichgeblieben ist. »Es kann keine

andere Erklärung geben als die, daß die defektgeheilten Paralytiker diese Zunahme bedingen.« In letzterer erblickt *Pönitz* das »wesentlichste sozialpsychiatrische Problem« der letzten 10 Jahre. Als einen Weg zu seiner Lösung betrachtet *P.* die frühzeitige Erkennung und Behandlung der Paralyse; hierzu kann insbes. der prakt. Arzt viel beitragen.

Dattner (58) berichtet zusammenfassend über die Methoden der Paralysebehandlung mit Malaria, Rekurrens, Sodoku, Saprovitan, Pyrifer, Sulfosin, Superinfektion mit Spirochäten, physikalischer Hyperthermie, Natrium nucleinicum und Tryparsamide. Zur Beurteilung des Behandlungserfolges muß außer der klinischen Besserung auch die des humoralen Syndroms herangezogen werden, wobei auf eine Rückkehr der Zellzahl zur Norm besonderer Wert zu legen ist. Ein Vergleich der Statistiken der einzelnen therapeut. Methoden spricht für die Überlegenheit der Malariabehandlung; doch ist ein entscheidendes Urteil darüber noch nicht möglich.

Nyirö u. *Tokay* (276) kamen bei der Malariabehandlung von 337 Paralytikern zu dem Ergebnis, daß der Körperbau und die prämorbide Persönlichkeit für den Behandlungserfolg von großer Bedeutung ist. Am größten ist der Prozentsatz der Remissionen bei Pyknikern mit manisch-depressivem Symptomenbild, am geringsten bei Asthenikern, Athletikern und Dysplastikern mit schizophrenem Zustandsbild. Bei letzteren ist auch die Dauer der Remissionen kürzer. Anfälle, besonders epileptiforme, verschlechtern die Prognose. Erbliche Belastung, Alkoholismus, vorausgegangene Behandlung, Dauer der Latenz, Geschlecht und Alter sind für die Prognose kaum von Wichtigkeit. Akuter Beginn, frühe Behandlung und hohe Fieberzacken berechtigen zu günstiger Voraussage. Von den körperlichen Symptomen bessern sich vor allem die Sprache, Schrift und Bewegungsstörungen, die Liquorverhältnisse erst viel später. Bei einzelnen Malariastämmen wurde eine Virulenzsteigerung bemerkt.

Kruspe (211) stellte bei $3^1/_2$ jähriger Beobachtung eines Impfmalariastammes fest, daß während der kalten Jahreszeit eine erhöhte Neigung zum Spontanversiegen des Fiebers besteht. Durch Paralytiker erfährt der Malariastamm eine Verschlechterung, während er sich bei Patienten, die nicht an Metalues leiden, erholt, besonders gut bei völlig Luesfreien. — Durch die Impfmalaria wurde zuweilen ein + Wa. provoziert; in der Nachbeobachtung wurde die WaR. aber schlechtestenfalls so, wie sie vor der Fieberkur gewesen war. Dasselbe gilt vom Verhalten des Liquors. Sanierung des Liquors hält mitunter nur kurze Zeit an. Hinter der klinischen Besserung hinkt die des Liquors nach. Bei Versiegen der Impfmalaria, empfiehlt *K.* die Fortsetzung der Fieberbehandlung mit Saprovitan.

Kauders (179) sieht in der Pyriferbehandlung einen Rückschritt gegenüber der Malariatherapie. Bei gleichwertigem Ausgangsmaterial erzielte er mit Pyrifer eine geringere Anzahl von Remissionen als mit Malaria. Im Gefolge der Pyriferkur starb einer der Patienten an Sepsis. Durch die verschiedenen Methoden der Fieberabschwächung, der Kupierung und Behandlungsteilung ist die Malaria in ihrer Wirkung ebensogut abstufbar wie das Pyrifer, so daß kein Grund vorliegt, zu diesem »Ersatzmittel« zu greifen.

Dielmann (64) beobachtete bei 9 Fällen von Neurolues keine schädlichen Dauerfolgen der Pyriferbehandlung. Ob die in 2 Fällen aufge-

tretenen Krampfanfälle durch sie provoziert worden sind, läßt sich nicht entscheiden.

Kairukstis (174) behandelte 7 Paralytiker mit intraglutäalen Injektionen von »Benzinol« (= Benzin + Olivenöl) und erzielte bei 4 eine »volle Remission mit Wiedererlangung der Berufsfähigkeit«, bei 2 eine Besserung. Nach diesen »bisher gemachten Erfahrungen« schreibt er dem Mittel eine »erhöhte therapeutische Wirksamkeit« zu.

Schroeder (358) empfiehlt eindringlich Behandlung mit Sulfosin, wobei er selbst günstige Resultate sah; er hält sie der Malariabehandlung für mindestens gleichwertig und sieht in ihr die Behandlungsmethode der Zukunft.

Grabow und *Krey* (123) haben 82 Kranke mit von wilden Ratten gewonnenen Stämmen von Spirillum morsus muris geimpft. Sie berichten ausführlich über die dabei auftretenden Erscheinungen und vergleichen 32 auf diese Weise behandelte Paralytiker — die übrigen waren vorwiegend schon vorher erfolglos behandelt, zum kleinen Teil Lues-, cerebri- und Tabesfälle — mit 2 Gruppen von Rekurrensimpfungen. Dabei fällt der Vergleich sowohl hinsichtlich der Zahl der Vollremissionen wie der Todesfälle zugunsten der Rattenbißinfektion aus. Die lesenswerte Arbeit enthält soviel Einzelheiten in erfreulicher Kürze, daß auf das Original verwiesen werden muß.

Bunker jun. (43) hat die moderne Literatur über Paralyse-Behandlung durchstudiert und folgende zusammenfassende Resultate gefunden:

1. Von 542 mit Tryparsamid behandelten Fällen wurde in zirka 35% eine vollkommene Remission der geistigen Symptome und eine Wiederherstellung des Patienten annähernd zu seinem früheren Zustand erreicht.

2. Im allgemeinen genügten 30 Injektionen von Tryparsamid, um das Maximum der Besserung zu erreichen, aber mehr als 100 Injektionen sind oft nötig, um die Stärke der WaR. im Liquor wesentlich zu beeinflussen.

3. Von 2460 in der Literatur gesammelten Fällen von Paralyse wurde bei Malaria-Behandlung eine volle Remission in zirka 27%, eine unvollkommene Remission hingegen in weiteren 26% erreicht.

4. Malaria, von keiner anderen spezifischen Behandlung unterstützt, zeigt einen sehr entschiedenen Einfluß auf den Liquor, doch ist dieser Einfluß, besonders was die WaR. anbelangt, graduell sehr verschieden.

5. Im allgemeinen scheinen Frauen weniger auf Malaria-Behandlung zu reagieren als Männer. Doch ist dieser Unterschied zwischen Frauen und Männern möglicherweise mehr scheinbar als wirklich.

6. Der durch Malaria-Behandlung erreichte Krankheitsstillstand kann längere Zeit andauern. Dieser Zustand wurde bei 3 von 8 Patienten am Ende von $6^1/_2$—$7^1/_2$ Jahren, bei 13 von 25 Patienten am Ende von beinahe 5 Jahren und bei 21 von 29 Patienten am Ende von 4 bis 5 Jahren gefunden. *B. Révész.*

Pools (306) Beobachtungen beziehen sich auf 274 Fälle von Paralyse, die er in 6 Jahren beobachtete. 182 starben, 51 sind noch in Behandlung und 41 wurden geheilt entlassen. Diese 41 blieben noch 5 Jahre gesund. Autor blieb noch später mit 30 von diesen Kranken in Verbindung. Von diesen 30 Patienten starben 4, und zwar 3 in Irrenanstalten, der 4. an einer interkurrenten Krankheit ohne Zeichen von Geistesstörung. 2 Kranke suchten wieder Irrenanstalten auf. 24 Kranke sind gesund, körperlich und

geistig. Nur 2 von ihnen wurden wieder in der Irrenanstalt aufgenommen und wieder geheilt entlassen. Autor spricht in detaillierten Tabellen über die Hauptsymptome seiner Kranken. — Die Resultate seiner therapeutischen Beobachtungen sind folgende: 1. Malaria allein ist so effektvoll wie die kombinierte Therapie mit Bezug auf Remission der geistigen Symptome und der Veränderungen in den serologischen Reaktionen. 2. Tryparsamid ist eine wichtige Ergänzung der Malaria, indem es als physisches Tonikum wirkt, motorische Unruhe bessert. 3. Tryparsamid ist imstande, ernste Komplikationen herbeizuführen, von denen die wichtigsten Sehstörungen und Leberschädigungen sind. Deshalb ist Vorsicht und Kontrolle ratsam. 4. »Kur« bedeutet hier eine vollkommene Remission der geistigen Symptome, serologischen Veränderung und begleitenden physischen Zeichen. Kein einziger der erwähnten geheilten Fälle kann demnach als vollkommen geheilt betrachtet werden. 5. Sollte man je eine vollständige wissenschaftliche Kur der Paralyse erreichen, so müßte eine jede auch nach der Entlassung verfolgt werden. *B. Révész.*

Nach *Alurralde* und *Sepich* (3) treten die Erscheinungen der Syphilis des Nervensystems heutzutage häufiger und früher auf, und zwar besonders bei den ausschließlich mit Salvarsan oder nach ungenügender Quecksilberanwendung nur mit Arsenobenzol Behandelten. Unter 11000 in den Jahren 1914—1927 Untersuchten waren es 2000 mit Neurosyphilis, deren Anteil von 14,15% im Jahre 1914 auf 21% im Jahre 1927 stieg. Tabes und Paralyse nahmen am meisten zu und zwar erstere von 2,59% im Jahre 1915 auf 5% im Jahre 1927, letztere von 1,55% 1916 auf 2,6% 1927. *Jolly.*

Borda (27), der Leiter der bekannten Anstalt Hospizio de las Mercedes in Buenos Aires, lehnt die spezifische Preventivbehandlung und auch die Malariatherapie der Paralyse ab. Er führt eine Statistik an, wonach der Prozentsatz der Paralysen unter den Aufnahmen in seine Anstalt seit 1906 keine größeren Schwankungen, keine Abnahme zeigte, trotz der modernen Behandlungsmethoden der Syphilis. In sehr vielen Fällen habe er bei einfacher Palliativbehandlung äußerst zufriedenstellende Besserungen gesehen, die Malariatherapie dagegen könne schwere Komplikationen verursachen. *Jolly.*

Belbey (11) sah unter 123 Leprösen eines Krankenhauses 4 Psychosen mit Verfolgungsideen und Sinnestäuschungen, die er näher mitteilt. Im allgemeinen sind die Leprösen, besonders im vorgerückteren Stadium, optimistischer Stimmung, zeitweise zeigen sie eine besondere Reizbarkeit. Trotz ihres Egoismus halten sie zusammen, sie sind mißtrauisch, wenig diszipliniert, schätzen weder Reinlichkeit noch Arbeit. *Jolly.*

Bermann (19) betont die Häufigkeit der Selbstmordversuche bei Postenzephalitikern und beschreibt ausführlich 2 Fälle, wo ein wenig ausgesprochener Parkinsonismus als Ursache des Symptomenbildes einer depressiven Neurasthenie festgestellt wurde; in dem einen kam es auch zu Geruchs- und Gehörshalluzinationen. *Jolly.*

Die von ihm so bezeichneten Traubenabbauschollen stellte *Buscaino* (44) in 8 der von ihm untersuchten Kaninchen fest. 3 waren chronisch mit Pepton vergiftet worden und zeigten schwere Magen-Darmveränderungen, bei 4 war die Vena lienalis unterbunden und die Milz entfernt worden; bei einem waren längere Zeit Typhusbazillen intravenös injiziert worden,

die Leber war vergrößert und sklerotisch. Dieses letztere zeigte in den basalen Ganglien und der weißen Substanz der Hemisphären einen Schwammzustand (état criblé). Es sei dies das erste Beispiel einer experimentell erzeugten hepato-basilaren Degeneration, die eng verwandt sei mit den histopathologischen Bildern bei *Wilson*scher Krankheit, Torsionsspasmus, hepato-lentikulärer Degeneration des Menschen. *Jolly.*

In Argentinien kommen traumatische Psychosen nur selten zur Beobachtung. *Pinero* (297) gibt die ausführliche Krankengeschichte von 3 Fällen: 37jährige Frau, vor 3 Jahren durch Messerstichverletzung der linken Parietalgegend Halbseitenlähmung rechts, jetzt hypochondrische und Beeinträchtigungsideen, ängstliche Stimmung. 27jähr. Pat., mit 5 Jahren Hufschlag rechte Stirn, Bewußtlosigkeit, Knochenimpression, seitdem geistig zurückgeblieben, Aufnahme wegen Angriffs auf den Vater, in der Anstalt ängstlich, ablehnend, unruhig, geistesschwach. 50jähr. Pat., 1904 Schlag auf die rechte Parietalgegend, blutende Wunde, Bewußtlosigkeit, seitdem mißtrauisch, vergeßlich, ängstlich; 1908 nach einem Schreck Schläfrigkeit, Unruhe, Verfolgungsideen, in letzter Zeit Verschlimmerung, in der Anstalt Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen. *Jolly.*

Von 20 Paralytikern, die *Rojas* u. *Belbey* (324) in Buenos Aires mit Malaria behandelten, starben 3 während oder kurz nach der Behandlung, bei 3 gelang die Infektion nicht; bei 8 trat keine Wirkung ein, 6 zeigten praktische Heilung, die bei 3 derselben eine völlige war. Die Wirksamkeit der Malariatherapie im Beginn des Leidens muß anerkannt werden, es kann sich nicht um spontane Remissionen handeln. *Jolly.*

Sierra (371) behandelte 6 Fälle von Paralyse nach der von *Sicard* angegebenen Methode mit intravenösen Einspritzungen des antikarzinomatösen Impfstoffs Dmelcos. Eine Änderung im klinischen Befund trat nicht ein. Durch intramuskuläre Injektion einer 5%igen Peptonlösung konnte dieselbe Temperatursteigerung erzielt werden. *Jolly.*

---

7. Intoxikations-Psychosen.

Ref.: Schütte-Langenhagen.

1. *Adriazola, C.*, Beitrag zum Studium der Alkoholparanoia. (span.) Actas de la I Conferencia lat.-am. de neurol. **2**, 687 (S. 191*).

1a. *Alkoholismus*, Bericht über die 39. Jahresversammlung des Dtsch. Vereins gegen den —, 1928. Berlin-Dahlem, Verl. »Auf der Wacht«.

2. *Bandel, R.*, Tödliche Verunglückungen und Alkoholismus. M. m. W. 288 (S. 189*).

3. *Becker*, Schutz der Schulentlassenen gegen die Alkoholgefahren. Jugend u. Alkohol. H. 10. Berlin-Dahlem, Verl. »Auf der Wacht« (S. 190*).

4. *Bjerre, P.*, Zur Psychologie des Rausches. Allg. ärztl. Z. Psychother. **2**, 242.
5. *Boß, M.*, Zur Frage der erbbiologischen Bedeutung des Alkohols. Mschr. Psychiatr. **72**, 264.
6. *Brack, E.*, Über Hirnarterien-Veränderungen, speziell bei Vergiftungen. Z. Neur. **118**, 526.
7. *Bratz* u. *Ebermayer*, Die rechtlichen Grundlagen für die Anstaltsbehandlung der Süchtigen, besonders der Trinker. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 175 (S. 188*).
8. *Bratz*, *Roemer*, *Thode*, Richtlinien über die Mitwirkung der Heil- und Pflegeanstalten bei der Trinkerfürsorge. Z. psych. Hyg. **2**, 80.
9. *Bürger, H.*, Beitrag zur Ätiologie und Symptomatologie exogener Vergiftungen. Mschr. Psychiatr. **72**, 293 (S. 191*).
10. *Dannemann, A. C.*, Nervous and Mental Reactions to Veronal. J. nerv. Dis. **69**, 33.
11. *Dannenberger*, Über geschlossene Trinkerheilanstalten. Z. psych. Hyg. **2**, 157.
12. *David, E.*, Morphin-Entziehungs-Kur nach *Kahle*. Med. Welt 277. Dazu *A. Braun* u. a., 875.
13. *Delbrück*, Die gegenwärtigen Probleme für den Irrenarzt im Kampfe gegen den Alkoholismus. Psychiatr.-neur. Wschr. 27.
14. *Dittmer, A.*, Zwanzig Jahre Fürsorge für Alkoholkranke in Charlottenburg. Allg. Z. Psychiatr. **92**, 156 (S. 190*).
15. *v. Egloffstein, L.*, Was erwarten wir vom neuen Strafgesetzbuch für die Trinkerfürsorge? Alkoholfrage 97.
16. *Ewserowa, E.*, Das Nervensystem der Hunde bei experimenteller Bleivergiftung. Arch. f. Psychiatr. **88**, 752.
17. *Faltlhauser*, Die distriktspolizeiliche Einweisung der Trinker in Bayern. Allg. Z. Psychiatr. **92**, 277 (S. 188*).
18. *Feld, W.*, Trinkerfürsorge und Bekämpfung der Trunksucht in der Schweiz. Dtsch. Z. Wohlf.pfl. Jg. **4**, 640.
18a. *Fetscher, R.*, Fruchtschädigung durch Gifte. Volksaufartg. 17.
19. *Fischer, E.*, Über die Verwendung von Anermon bei Alkoholismus. Ärztl. Rdsch. 68 (S. 190*).
20. *Fischer, M.*, Der Alkoholmißbrauch. Kommende Geschlecht. **4**, H. 3 (Bonn, F. Dümmler). 72 S., 3,— M. (S. 191*).
21. *Flaig, J.*, Von neueren Versuchen über den Einfluß des Alkohols auf die Nachkommenschaft. Volksaufartg. 121.
22. *Fleischmann, P.*, Über den quantitativen Mikronachweis des Morphins. Biochem. Z. **208**, 368 u. 392.
23. *G.*, Das neue Gesetz zur Bekämpfung des Alkoholismus in Sowjetrußland. M. m. W. 967.
24. *Gelman*, Zur Klinik und Genese der Bleikrisen (Enzephalopathien). Dtsch. Arch. klin. Med. **163**, 1.

24a. *Gerlach*, Alkohol u. Ehe. Volksaufartg. 19.
25. Gesetz über das internationale Opiumabkommen vom 19. 2. 1925. Reichsgesdh.bl. 636.
26. *Görög, D.*, Hyaline Thrombose der kleinen Gehirngefäße bei Kohlenoxydvergiftung. Zbl. Path. **45**, 281.
27. *Gonser*, Einige Zahlenreihen über die Zunahme des Alkoholismus. Psychiatr.-neur. Wschr. 264.
28. *Graf, O.*, Möglichkeiten und Grenzen der Heilbehandlung von Alkoholikern. Berlin, Neuland-Vg. 43 S., 1,75 M.
29. *Greving, R.*, u. *O. Gagel*, Pathologisch-anatomische Befunde am Nervensystem nach experimenteller Thalliumvergiftung. Z. Neur. **120**, 805.
30. *Grün, O.*, Alkoholfreie Jugenderziehung. Mschr. Dtsch Ärztinnen 191.
31. *Grünewald, M.*, Alkohol und Verkehrsunfall. Landarzt 342.
32. *Grünstein, A. M.*, u. *N. Popowa*, Experimentelle Manganvergiftung. Arch. f. Psychiatr. **87**, 742.
33. *Grünthal, E.*, u. *P. Hoefer*, Untersuchungen über akute und chronische Morphinvergiftungen. Kl. W. 104.
34. *Guiljarowsky, W.*, u. *A. Winokuroff*, Zur Klinik und pathologischen Anatomie der Quecksilbervergiftungen. Z. Neur. **121**, 1.
35. *Haegele, H.*, Über einen eigenartigen Fall von Kohlenoxydvergiftung beim Schweißen in geschlossenen Röhren. Med. Klin. 987.
36. *Haertel*, Kriminalpolizei und Alkoholfrage. Kriminal. Mh. 171
37. *Haupt*, Zur Prognostik der Trinkerbehandlung. Internat. Z. Alkoholism. (S. 190*).
38. *Heiland*, Polizeiliche Unterlagen zur Begutachtung der Alkoholdelikte. Kriminal. Mh. 173.
39. *Heindl* sen., *A.*, Zur Bekämpfung akuter Kokainintoxikation. Mschr. Ohrenheilk. 129.
40. *Herschmann, H.*, Alkohol und Geisteskrankheiten. W. kl. W. 1638.
41. *Hilpert, P.*, Kohlenoxydvergiftung und multiple Sklerose. Arch. f. Psychiatr. **89**, 117.
42. *Ders.*, Kohlenoxydvergiftung unter den histopathologischen Gebilden der akuten multiplen Sklerose. Dtsch. Z. Nervenheilk. **111**, 229.
43. *Hoefer, P.*, Über die Beeinflussung der Hautsinnesqualitäten durch Morphin u. ä., zugleich ein Beitrag zur Kenntnis des Morphinismus. Z. Biol. **89**, 21.
44. *Hoffmann, K. J.*, Über Encephalopathia saturnina. Ther. Gegenw. 115.

45. *Jaeger*, Sozial-psychiatrische Betrachtungen zur Alkoholfrage. Allg. Z. Psychiatr. **91**, 368 (S. 190*).

45a. *Ders.*, Offene psychiatrische Fürsorge u. Trinkerfürsorge. Bl. prakt. Trinkerfürs. 52.

46. *Joël, E.*, Tierexperimentelle Studien über Dionin. Dtsch. med. Wschr. 102.

47. *Ders.*, u. *F. Fränkel*, Beiträge zur experimentellen Psychopathologie. (Cocain.) Kl. W. 549.

48. *Dies.*, Konstitution und Konstellation in ihrer Bedeutung für den Mißbrauch der Rauschgifte. »Die Biologie der Person« von Brugsch u. Lewy, Bd. 4. (Urban u. Schwarzenberg.)

49. *Juliusburger, O.*, Psychische Orthopädie. Z. psych. Hyg. **2**, 90

50. *Kafemann*, Der Arzt, die Bekämpfung des Alkoholismus und die Alkoholgefährdeten. Med. Welt 272.

51. *Kant, F.*, Berichtigung zu: *Pohlisch*, Kohlenoxydvergiftung. Mschr. Psychiatr. **72**, 78.

52. *Ders.*, Rausch- u. Suchtgifte mit Ausnahme des Alkohol. Fortschr. Neur. 151 (s. Allg. Z. Psychiatr. Bd. **90**, 241).

52a. *Klatt, G.*, Träume eines Abstinenten. Internat. Z. Indiv.-psychol. 50.

53. *Klemperer, E.*, Die Wirkung des Insulins beim Delirium tremens. Mschr. Psychiatr. **74**, 163 (S. 190*).

54. *Klemperer, G.*, Gelöstes Luminal bei Morphium-Entziehungskuren. Ther. Gegenw. 285. 3

55. *Kraus, Brock* and *Sloane:* Thyroneural dystrophy. The association of congenital myxedema with mental and neuromuscular disorders. Amer. J. med. Sci. **178**, 548.

56. *Künkel, F.*, Die Trunksucht im Lichte der neueren Charakterkunde. Bl. prakt. Trinkerfürs. 1 (S. 191*).

57. *Lange, J.*, Heilbehandlung von Alkoholikern. Das klinische Bild des Alkoholismus, der Alkoholpsychosen und d. Behandlungsmaßnahmen im Krankenhaus. Berlin, Neuland-Vg., 41 S., 1,75 M.

58. *Lemke*, Das Opiumgesetz. Z. Med.beamte 263.

59. *Lesemann, G.*, Alkohol und Hilfsschule. Hilfsschule 449.

60. *Lion, F.*, Dämon Morphium. Berlin, Horen-Vg. 190 S., 5,80 M.

61. *Maresch, R.*, Über einen Fall von Kohlenoxydgasschädigung des Kindes in der Gebärmutter. (Gehirnschädigung.) W. m. W. 454.

62. *Margulies, M.*, Die ärztlichen Aufgaben des Abstinenzsanatoriums. Allg. Z. Psychiatr. **92**, 69 (S. 190*).

63. Ders., Über Trinkerheilstätten. D. m. W. 1515.

64. *v. Meduna, L.*, Untersuchungen über die experimentelle Blei-

vergiftung beim Meerschweinchen. Arch. f. Psychiatr. **87**, 571.
65. *Merzbacher*, Über Koka und Kokakauer. M. m. W. 2016.
66. *Much, H.*, Lipoide und Morphine. M. m. W. 6.
67. *Neumann, M.*, Die Mitwirkung des Psychiaters in der offenen Trinkerfürsorge. Z. psych. Hyg. **2**, 84.
68. *Oudendal, A.*, Über die Folgen von Opium-Entziehung bei Opiumrauchern. Krkh.forschg. **7**, 424.
69. *Panse, F.*, Alkohol und Nachkommenschaft. Allg. Z. Psychiatr. **92**, 72 (S. 190*).
70. *Paproth, H.*, Medizinalstatistische Beiträge zur Alkoholfrage. H. 1: Todesursachen, H. 2: Heilanstaltsstatistiken. Hobbing, Berlin. 23 bzw. 35 S.; 1,20 bzw. 1,60 M.
71. *Plank, R.*, Die Auswirkungen der Trunksucht auf Wohlfahrtspflege und Finanzen. Dtsch. Z. Wohlf.pfl. Jg. **4**, 634.
72. *Ders.*, Die Auswirkungen der Trunksucht, vom Standpunkt einer großstädtischen Verwaltung. Alkoholfrage. 239.
73. *Pohlisch, K.*, Alkohol. Fortschr. Neur. 374 (s. Allg. Z. Psychiatr. **92**, 538).
74. *Pütter, E.*, Die Trinkerfürsorgestellen. Veröff. Med. verw. **28**, H. 8 (262). 36 S. 1,50 M.
75. *Redlich, F.*, Rauschgifte und Suchten. Bonn, K. Schroeder, 98 S., 4,40 M.
76. *Rosenstein, L.*, u. *I. Rawkin*, Zur Psychopathologie der Gewerbevergiftungen. Z. Neur. **122**, 1.
77. *Rosenthal, R.*, Ein seltener Fall von Morphinismus. W. m. W. 216.
78. *Rühl, A.*, Beitrag zur Apoplexiegenese an Hand eines Falles von Bleischädigung. Med. Klin. 187.
79. *S.*, Erfahrungen mit langsamer und radikaler Morphiumentziehung. M. m. W. 1295.
80. *Salinger*, Die rechtlichen Grundlagen für die Anstaltsbehandlung der Süchtigen, besonders der Trinker. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 303 (S. 189*).
81. *Schabel, K.*, Soziologische und klinische Tatsachen zum Problem des Alkoholismus. Alkoholfrage 305.
82. *Schneider, Ph.*, Experimentelle Studien über protrahierte Thalliumvergiftung. Beitr. gerichtl. Med. **9**, 1.
83. *Serebrjanik, B.*, Vom Begriff und Wesen der Bleiepilepsie. Arch. f. Psychiatr. **89**, 102.
84. *Staemmler, M.*, Anatomischer Befund bei Bleiepilepsie. Kl. W. 1210.
85. *Ders.*, Kohlenoxydvergiftung. (Globus pallidus.) Med. Welt 1288 (S. 192*).

86. *Stefani, St.*, Reazioni psichiche negli operai della seta artificiale. Riv. sper. Freniatr. **53**, 207.
87. *Stengel, E.*, Eigenartige optische Störung nach Leuchtgasvergiftung. Z. Neur. **122**, 597 (S. 192*).
88. *Ders.*, Zur Kenntnis psychischer Erkrankungen nach Leuchtgasvergiftung. Z. Neur. **122**, 587 (S. 192*).
89. Stetige Zunahme der Trunksucht. Sozialist. Arzt 34.
90. *Swetnik, Z.*, Die Wirkung des CO auf das Nervensystem. Mschr. Psychiatr. **74**, 71.
91. *Thoms, H.*, Betäubungsmittel und Rauschgifte. (Allgemein verständlich.) Berlin und Wien, Urban u. Schwarzenberg, 192 S., 9,20 M.
92. *Thumm, M.*, Die Sonderbehandlung der Trinker in den Anstalten. Z. psych. Hyg. **2**, 148.
93. Trinkerfürsorge, Blätter für praktische —. Vg. »Auf der Wacht«.
94. *Trossarelli*, Die geistigen Störungen bei den Arbeitern der Kunstseidenindustrie. Psychiatr.-neur. Wschr. 1.
95. *Voitel, K.*, Über einen Fall von Schwefelkohlenstoff-Vergiftung. Zbl. Gewerbehyg. 56.
96. *Weil, A.*, Veränderungen in dem histologischen Bilde und dem Lipoidaufbau des Zentralnervensystems in Äthernarkose. Pflügers Arch. **223**, 351.
97. *Weiß, R. F.*, Technik der Morphium-Entziehungskuren. Med. Welt 276.
98. *Weymann, K.*, Die Aufgaben der Polizei im Kampf gegen den Alkoholismus. Alkoholfrage 217 (S. 189*).
99. *Ders.*, Sozialversicherung und Alkoholismus. 4. erw. Aufl., Berlin-Dahlem, Vg. »Auf der Wacht«. 32 S. (S. 189*).
100. *Wlassak, R.*, Grundriß der Alkoholfrage. Leipzig, S. Hirzel, 255 S., 10,— M. (S. 187*).
101. *Wolff, P.*, Die Genfer Opiumkonvention. D. m. W. 1427.
102. *Wuth, O.*, Neue Wege in der Therapie des Morphinismus. Kl. W. 508.

a) Alkoholismus.

*Wlassak*s (100) Grundriß der Alkoholfrage ist in zweiter vermehrter Auflage erschienen. Nach Vorbemerkungen über die Zusammensetzung und Herstellung geistiger Getränke werden zunächst in umfassender Weise die physiologischen Wirkungen des Alkohols besprochen. Es folgen dann ausführliche Betrachtungen über den Einfluß des Alkoholismus auf Erkrankungen und Todesfälle, Beschreibung der alkoholischen Geistesstörungen, Alkoholismus und Nachkommenschaft, Alkohol und Verbrechen, Verbrauch geistiger Getränke, soziale Bedingungen und Erfahrungen über Alkoholschäden als Massenerscheinung. Der Bekämpfung des Alkoholismus ist schließlich ein breiter Raum gewährt; ein umfas-

sendes Literaturverzeichnis schließt sich an. Das Buch bringt eine erschöpfende Darstellung aller einschlägigen Fragen. Erwähnt sei hier nur die Feststellung, daß die Sterblichkeit bei den Alkoholberufen um 50 v. H. erhöht ist und daß es nicht einmal vorwiegend Trinkererkrankungen sind, die dies bewirken, sondern die Veränderung der Widerstandsfähigkeit gegen fast alle Erkrankungsformen. Als eigentlich auslösende Ursache für ein Delir sieht Verf. nicht die plötzliche Alkoholentziehung an. Bezüglich der Nachkommenschaft vertritt Verf. den Standpunkt, daß die Zeugung im Rausch wohl schädigend auf das Kind wirken kann, daß aber der Nachweis noch nicht gelungen ist. Chronische Vergiftung im Mutterleibe wirkt natürlich schädigend. Interessant ist die Feststellung, daß in der Schweiz die auf die kleineren Orte entfallenden 73% der Bevölkerung mehr alkoholgeschädigt sind als das Stadtvolk. Bei der Behandlung Trunksüchtiger wird der Standpunkt vertreten, daß der plötzliche Entzug des Alkohols nicht schädlich wirkt; das vielfach beliebte Paraldehyd sollte nicht gegeben werden. Bei unheilbaren Trinkern handelt es sich nicht so sehr um ihre Rettung als hauptsächlich um den Schutz, den man den Opfern der Trunksucht gewährt. Bei Schaffung eines Trinkerfürsorgegesetzes soll man den Begriff »geisteskrank« vermeiden und den sozialen Gesichtspunkt in den Vordergrund schieben. Als vorbeugende staatliche Maßnahmen nennt Verf. das Verbot der Verabfolgung geistiger Getränke auf Borg bzw. die Nichteinklagbarkeit dadurch entstandener Schulden, Schutzmaßnahmen für Kinder und Jugendliche, Verbots- und Einschränkungsbestimmungen.

Jedes Volk hat die Antialkoholgesetzgebung, die dem Stande seiner organisierten Antialkoholbewegung entspricht.

Bratz und *Ebermayer* (7) besprechen die rechtlichen Grundlagen für die Anstaltsbehandlung der Süchtigen, besonders der Trinker. *Bratz* schlägt vor, den Irrenanstalten gesonderte Trinkerheilstätten anzugliedern, wie dies teilweise bereits geschehen ist und auch in dem von ihm vorgeschlagenen Staffelsystem ohnehin vorgesehen ist. Die »gestufte« Trinkerbehandlung hat sich sehr gut bewährt. *Bratz* vertritt den Standpunkt, daß man vor allem die Frühalkoholisten bis zur Erzielung einer Aussicht auf Dauerabstinenz in der Anstalt halten soll, ohne Scheu vor etwaigen Beschwerden. Nötigenfalls müssen die im Entmündigungsverfahren liegenden rechtlichen Möglichkeiten bis zum Ende ausgenutzt werden. Frühalkoholisten bedürfen wegen Geisteskrankheit der Anstaltspflege. Ob ein Trinker noch als geisteskrank und anstaltspflegebedürftig anzusehen ist, hängt von seinem Verhalten vor der Einlieferung ab und ferner davon, wie sein Verhalten nach der Entlassung voraussichtlich sein wird. Dasselbe gilt für Morphinisten und andere Süchtige.

Ebermayer sieht das beste Mittel zur Beseitigung aller Schwierigkeiten in der Entmündigung. Erfolgt diese nicht, so bleibt die Internierung wegen Gemeingefährlichkeit übrig, deren Begriff nicht zu eng gefaßt werden darf. *Ebermayer* teilt die von *Bratz* geäußerte Ansicht, daß bei Entlassungen von Alkoholikern auch das nach der Entlassung zu erwartende Verhalten maßgebend sein muß.

Faltlhauser (17) kommt in seinen Ausführungen über die distriktspolizeiliche Einweisung der Trinker in Bayern zu dem Schluß, daß sich die Heil- und Pflegeanstalten der Behandlung der Trinker nicht entziehen

sollen. Besonders schwere Fälle mit asozialen Neigungen gehören in die Anstalten, die etwa 10% ihrer Männerplätze für die Trinker aufwenden müssen. Im übrigen muß die Trinkerversorgung auch der Eingewiesenen stufenweise geschehen.

Der Kampf gegen den Alkoholismus ist, wie *Weymann* (98) betont, eine unmittelbare Aufgabe jedes Polizeibeamten. Aus diesem Grunde muß auch die Kenntnis der gesetzlichen Bestimmungen verlangt und das Verständnis für alle einschlägigen Gefahren geweckt werden. Die allgemeine Polizei kann vielfach dahin wirken, daß öffentliche Renten an die Frau des Empfängers gezahlt oder als Naturalleistungen gewährt werden; außerdem kann sie die Entmündigung des Trinkers anregen, bei bestimmter Gelegenheit den Ausschank von Schnaps verbieten und für alkoholfreie Führung von Gefängnissen und Arbeitshäusern sorgen. Die Hauptaufgabe in diesem Kampfe fällt aber der Gewerbepolizei zu, die bei der Erteilung der Schankerlaubnisse mitzuwirken hat. Eine Schankstätte auf 400 Einwohner genügt vollkommen den Bedürfnissen. Dazu kommt die Prüfung der Lage der Wirtschaft und ihrer Räumlichkeiten, Überwachung des Verkehrs jugendlicher Personen und als besonders wichtig die Feststellung der Polizeistunde. Verf. bespricht weiter die Aufgaben der Gewerbeaufsichtsbeamten, der Verkehrspolizei, der Gesundheits-, Bau- und Wegepolizei. Impftermine und Ausbildung der Hebammen bieten wichtige Möglichkeiten der Aufklärung.

Salinger (80) hält eine gesetzliche Regelung der Zurückhaltung von Alkoholikern in den Anstalten für dringend erforderlich. Er selbst vertritt die Ansicht, daß man den Trinker ohne Rücksicht auf die Zeitdauer der erforderlichen Entziehungskur auf sein oder seiner Ehefrau Verlangen sofort entlassen muß. Gesetzlich ist aber durch die Entmündigung die Möglichkeit der Zurückhaltung gegeben, auch kann die Hilfe der Polizei in Anspruch genommen werden. Leider machen die Vormundschaftsgerichte oft Schwierigkeiten bei der Bestellung eines vorläufigen Vormundes.

Weymann (99) hat untersucht, welche Schäden der Alkoholismus der Sozialversicherung zufügt. Er bespricht die Beziehungen des Alkohols zu den geistigen und körperlichen Erkrankungen, besonders der Tuberkulose und den Geschlechtskrankheiten sowie die daraus entstehenden Belastungen der Krankenkassen und der Unfallversicherungen. Wichtig sind ferner die Einwirkung des Alkohols auf den Charakter und die Arbeitsfreudigkeit, die Verflachung des Seelenlebens und nicht zum wenigsten die Schädigung der Nachkommenschaft. Die Sozialversicherung hat also ein großes Interesse an der Bekämpfung des Alkoholismus, sie soll ihn vor allen Dingen genau studieren und die Versicherten in weitestem Maße aufklären durch Veröffentlichungen, Merkblätter und Beeinflussung der öffentlichen Meinung, auch durch Schaffung einer brauchbaren Statistik. Dazu kommen Einleitung des Heilverfahrens, Förderung entsprechender Wohlfahrtseinrichtungen und Anwendung der Unfallverhütungsvorschriften der Berufsgenossenschaften. Weiter soll von der Möglichkeit, Trunksüchtigen an Stelle der Barbeträge Sachleistungen zu gewähren, weit mehr Gebrauch gemacht werden, es müßte auch möglich sein, der Ehefrau die Rente auszuhändigen. Selbstverständlich soll aber der Alkoholismus nicht nur in der Arbeiterschaft bekämpft werden sondern in allen Schichten.

Bandel (2) weist nach, daß die Zahl der tötlichen Unglücksfälle in der

neueren Zeit sehr zugenommen hat. Die Zunahme betrifft besonders das höhere Alter über 60 Jahre. Neben der Steigerung des Verkehrs und der gewerblichen Betriebe spielt der Alkohol eine große Rolle, sein Anteil beträgt jetzt 1/4 aller tötlichen Unfälle der Männer.

Dittmer (14) bespricht die Tätigkeit der Trinkerfürsorge in Charlottenburg von 1909—1929. Die Zahl der betreuten Kranken ist in den letzten 4 Jahren von 658 auf 1260 gestiegen.

Margulies (62) führt aus, daß zwar die Leitung einer Trinkerheilstätte nicht unbedingt in ärztlichen Händen liegen muß, daß aber das Abstinenzsanatorium als Glied in dem Verbande einer psychiatrischen Anstalt nach dem Prinzip des Wittenauer Systems selbstverständlich ärztlich geleitet werden muß. Er empfiehlt für rückfallgefährdete Trinker die Einrichtung einer Art Quarantäne.

Mit dem Schutz der Schulentlassenen gegen die Alkoholgefahren befaßt sich *Becker* (3). Er schildert die Ursachen des Alkoholismus und seine Wirkung auf das Körper- und Seelenleben der Jugendlichen und fordert gesetzgeberische Maßnahmen, Aufklärung der Jugend, Sport und alkoholfreie Heime sowie Verbilligung der alkoholfreien Getränke. Weiter wird geschildert, welche Fortschritte auf diesem Gebiete bereits im Regierungsbezirk Düsseldorf gemacht worden sind.

Jaeger (45) betont, daß die Zahl der trunksüchtigen Psychopathen erheblich zugenommen hat, und bespricht die Ursachen dieser Erscheinung. Weiter zählt Verf. die staatlichen und privaten Bekämpfungsmaßnahmen gegen die Trunksucht auf und macht eine Reihe weiterer Vorschläge.

Panse (69) faßt seine Untersuchungen über Alkohol und Nachkommenschaft an 721 Kindern von 200 schweren Gewohnheitstrinkern dahin zusammen, daß sich das häufige Vorkommen psychisch abnormer Zustände unter den Trinkerkindern zwanglos durch endogene Vererbung und Milieu erklären läßt. Es läßt sich dieser Nachweis erbringen durch Scheidung der vor dem chronischen Alkoholmißbrauch Gezeugten von den später Geborenen.

Haupt (37) weist darauf hin, daß die Möglichkeit eines vollen Behandlungserfolges bei Alkoholikern stets besteht, wie man Kranken und Angehörigen gegenüber stets betonen soll. Den Ausdruck »Heilung« soll man stets vermeiden; die Frage, ob ein Trinker dauernd enthaltsam bleiben wird, läßt sich niemals mit Sicherheit vorhersagen.

Klemperer (53) bringt eine Reihe von Krankengeschichten, aus denen hervorgeht, daß die Insulintherapie bei Delirium tremens meist eine erhebliche Beruhigung und wesentliche Abkürzung der Krankheitsdauer herbeiführt. Die Patienten erhielten etwa 30 Einheiten Insulin am Tag, bisweilen mehr, öfter weniger. Zwischendurch bekamen die Kranken Zuckerwasser. Die erste Injektion erfolgt besser intravenös, die folgenden subkutan. In zwei Fällen wurde es notwendig, Osmon intravenös zu geben. Die Senkung des Blutzuckers nach den Insulininjektionen war meist sehr erheblich. Blutzucker- und Pulskurven verliefen in den meisten Fällen nahezu parallel. Von den 18 behandelten Patienten delirierten nur zwei die Nacht nach Beginn der Behandlung durch, von diesen beiden der eine auch die nächste Nacht. Ein Todesfall war nicht zu verzeichnen; bei Kranken mit epileptischen Anfällen scheint eine gewisse Vorsicht am Platze zu sein.

Bei einem 30jährigen intelligenten Trinker konnte *Fischer* (19) eine vorzügliche Wirkung des Anermons feststellen, das anfangs in Ampullen

später in Tablettenform gegeben wurde. Nach kurzer Zeit schwanden die Angstempfindungen, Pat. trank in den 6 Wochen der Behandlung nicht mehr. Auch zwei schwere Neurastheniker wurden wesentlich durch Anermon gebessert.

Künkel (56) gibt ein Beispiel für die psychologische Behandlung eines Trinkers und betont, daß schon im Kindesalter Süchte aller Art auftreten. Hauptaufgabe ist es, in jedem einzelnen Falle zu erforschen, welches Minus durch den Alkoholgenuß ausgeglichen werden soll.

Im ersten Abschnitt der Abhandlung *Fischers* (20) über Alkoholmißbrauch werden die schädlichen Wirkungen des Alkohols besprochen; die Erscheinungen der akuten und chronischen Vergiftung, die Trunksucht, Alkoholpsychosen und Organveränderungen werden erörtert. Weiter wird auf die schweren Schäden für die Volkswirtschaft und die Nachkommenschaft hingewiesen. In dem Kampf gegen die Alkoholschäden ist die Haltung der Umgebung sehr wichtig, die Anhänger der völligen Enthaltsamkeit und der Mäßigkeit müssen gemeinsam arbeiten. Kinder und Jugendliche müssen vom Alkoholgenuß ferngehalten werden, der Trinkzwang muß aufhören. Bei der Behandlung ist das progressive System, das sich jeweils dem einzelnen Fall angleichen läßt, unerläßlich, im übrigen soll der Alkoholverbrauch mit allen Mitteln eingeschränkt wurden. Der Verf. tritt aus praktischen Gründen nicht für die volle Abstinenz bei dem ganzen Volke ein, er fordert aber ein gutes Beispiel der prominenten Männer durch möglichste Enthaltsamkeit.

Adriazola (1) berichtet über eine paranoide Alkoholpsychose bei einem 36jährigen Rechtsanwalt mit schizoider und paranoider Konstitution, auf die er aus der näheren Kenntnis der Persönlichkeit des Kranken schließt. Seit August 1926 täglich reichlicher Alkoholgenuß, Januar 1927 Gehörshalluzinationen und Verfolgungsideen, deprimierte Stimmung. Im Krankenhaus Abstinenz. Zu Hause trat dann Ende März vollständige Genesung ein, die seit über 2 Jahren unter Abstinenz anhält. Die beiden genannten konstitutionellen Wurzeln treffen nicht häufig zusammen, womit sich die große Seltenheit dieser Psychose erklärt. Im Gegensatz zu *Bleuler* sei die schizoide Konstitution als alleinige Grundlage nicht genügend.

b) Andere Vergiftungen.

Bürger (9) liefert kasuistische Beiträge zur Ätiologie und Symtomatologie exogener Vergiftungen. Der erste Fall hat insofern Interesse, als zum ersten Male ein Delir nach Phanodorm beschrieben wird, das drei Tage nach der Aufnahme in das Krankenhaus ausbrach, also als Abstinenzdelir bewertet werden muß. Das Krankheitsbild bot sehr schwere Symptome wie Tremor, Ataxie, Asynergie und choreatische Unruhe. Bei dem Kranken lag ein hereditärer Tremor vor, so daß die Annahme einer Systemprädilektion nicht von der Hand zu weisen ist. Ein weiterer Fall von Methylalkoholvergiftung wies Störungen der Sensibilität auf, die als zentraler Typ beschrieben worden sind. Ein ähnlicher Befund ließ sich auch bei chronischen und akuten Alkoholvergiftungen nachweisen. So ist erwiesen, daß eine allgemeine Intoxikation des Gehirns vorliegt mit einer Änderung der Funktionsweise nicht nur des motorischen, sondern auch des gesamten sensorischen Apparates.

Bei einer 17jährigen Hausgehilfin konnte *Stengel* (87) eine eigenartige optische Störung nach Leuchtgasvergiftung beobachten. Neben hysterischen Zügen trug diese Sehstörung einen optisch-agnostischen Charakter, doch war eine sichere Unterscheidung nicht durchführbar. Außerdem bestand eine Athetose, ein *Korsakow*scher Symptomenkomplex sowie eine moriatisch-euphorische Affektlage. Verf. nimmt eine pallidäre Läsion an. Die Symptome bildeten sich nach einigen Wochen fast ganz zurück.

Stengel (88) beschreibt zwei Fälle von manisch-depressiver Erkrankung nach Leuchtgasvergiftung bei jungen Mädchen. Sexuelle Momente traten bei beiden außerordentlich hervor. Die erste Kranke, bei der es zweifellos zu organischen Hirnveränderungen gekommen war, zeigte eine gewisse Ähnlichkeit mit postenzephalitischen Zuständen. Beide Kranke waren für die Entstehung einer manisch-depressiven Psychose prädisponiert. Der zweite Fall zeigte eine Periodik, die zweifellos Beziehungen zur inneren Sekretion der Genitalorgane hatte. Auch später, als sich bei der Patientin ein schizophrener Zustand entwickelte, blieb der periodische Wechsel des Zustandsbildes bestehen. Die Leuchtgasvergiftung spielte wohl nur eine auslösende Rolle.

Im Anschluß an die Sektion eines Mannes, der an akuter Kohlenoxydvergiftung gestorben war, bespricht *Staemmler* (85) die Anzeichen dieser Erkrankung. Im vorliegenden Falle hatte nur die hellrote Farbe des völlig ungeronnenen Blutes den richtigen Anhaltspunkt gegeben, das Blut spektroskopisch und chemisch zu untersuchen. Sonst sieht man Blutungen in den Papillarmuskeln des Herzens, hyaline Thromben in den Kapillaren und kleinen Venen des Myokards und bei längerer Dauer der Erkrankung ausgedehnte Nekrosen des Herzmuskels. Im Gehirn ist besonders der Globus pallidus ergriffen. Blutungen, Thromben, Verkalkungen der Gefäße und nekrotische Hirnteile deuten auf eine Schädigung des Zirkulationsapparates hin.

---

8. Idiotie, Psychopathie, Schwachsinnigenfürsorge.

Ref.: H. Werner-Hochweitzschen.

1. *Albrecht, O.*, Über eine Sadistin mit dem Versuche einer erbbiologischen Persönlichkeitsanalyse. Z. Neur. **122**, 226.
2. *Arndts, F.*, Unfreiwilliger Tod durch Erhängen als Folge sexueller Verirrung. Z. Sex. wiss. **16**, 274.
3. *Balluff, F.*, Fürsorge für geistig abnorme Kinder. Arch. soz. Hyg. **4**, 246.
4. *Ders.* u. *G. Blumenthal*, Untersuchungen über die Bedeutung der Lues bei den Oligophrenen der Wittenauer Heilstätten. Allg. Z. Psychiatr. **92**, 101 (S. 199*).
5. *Bartsch, K.*, Die heilpädagogische Anstalt. Z. Kinderforschg. **35**, 140.

6. *Bayard, O.*, Über den Kropf, den Kretinismus und ihre Verhütung. Schweiz. Z. Hyg. 202.
7. Bericht über die 19. Konferenz des Vereins für Erziehung usw. Geistesschwacher 1927, erstattet von *Gürtler*. Halle a. S., C. Marhold. 140 S., 4,— M.
8. Bericht über den 4. Kongreß für Heilpädagogik 1928, her. v. *E. Lesch*. Berlin, J. Springer. 444 S., 19,60 M.
9. Bericht über die 4. Sachverständigenkonferenz d. Deutsch. Vereins zur Fürsorge für jugendliche Psychopathen. 1928. Berlin, J. Springer. 189 S., 12,— M.
10. *Berkholz, A.*, Encephalitis interstitialis congenita *Virchow*. Mschr. Kinderheilk. **42**, 12.
11. *Bielschowsky, M.*, u. *M. Rose*, Über die Pathoarchitektonik der mikro- und pachygyren Rinde und ihre Beziehungen zur Morphogenie normaler Rindengebiete. J. Psychol. u. Neur. **38**, 42.
12. *Blatt, N.*, Neuropathie u. neuropathische Konstitution als prädisponierende Faktoren für Augenmuskellähmungen nach Lokalanästhesie. W. m. W. 1931.
13. *Blum, K.*, Die angeborenen und früh erworbenen Schwachsinnszustände. Fortschr. Neur. 463 (Allg. Z. Psychiatr. **93**, 126).
14. *Bodechtel, G.*, Zur Frage der *Pelizaeus-Merzbacher*schen Krankheit. Z. Neur. **121**, 487.
15. *van Bogaert, L.*, et *R. A. Ley*, L'état verruqueux de la corticalité cérébrale et cérébelleuse dans un cas d'idiotie avec rigidité et amaurose. Schweiz. Arch. Neur. **24**, 195.
16. *v. Bókay, J.*, Über die semiotische Bedeutung der offenen embryonalen Fontanellen und weitere Beiträge zur Kenntnis der okkulten Hydrocephalie. Mschr. Kinderheilk. **42**, 109.
17. *Bridgman, O.*, The sex of mentally deficient individuals. Ment. Hyg. **13**, 62.
18. *Brock, J.*, Über Tribadie. Eine Jungfrau als Konsulatssekretär. Z. Sex.wiss. **15**, 559.
18a. *Dahlström*, Erbe und Milieu. Gedanken anläßlich einer begonnenen Milieuarbeit. Z. norw. Ärzteverein 1928 Nr 24, 1929 Nr. 12 (norw.) (S. 209*).
19. Das Problem des abnormen Kindes. Dresden, Dtsch. Vg. f. Volkswohlf., 64 S.
20. *Dayton, N.*, Order of birth and size of family. Survey of 10455 retarded children. Amer. J. Psychiatr. **8**, 979.
21. *Decroly, O.*, Congenital wordblindness and agraphia in a feebleminded subject. J. de Neur. **29**, 346.

22. *Eisenberg, W.*, Endokrine Störungen bei Schwachsinnigen. Z. Kinderforschg. **35**, 373.
23. *Eisenstein, I.*, Psychologische Untersuchungen über die verschiedenen Formen des angeborenen Schwachsinns. Z. Kinderforschg. **35**, 563.
24. *Esser, L.*, Untersuchung einer auffallenden Rechenschwäche zum Nachweis der sie verursachenden psychischen Faktoren. Z. Kinderforschg. **35**, 590.
24a. *Fernholz, H.*, Bedrängte Jugend. München, Kösel und Pustet. 297 S. 7 M. (S. 207*).
25. *Fischer, M.*, Monographie d'une famille de Nomades. La famille Wolzer. Schweiz. Z. Hyg. 805.
26. *Flinker, A.*, Studien über Kretinismus. Wien, F. Deuticke. 121 S., 10 M.
27. *Friedjung, J.*, Schlimm oder krank? M. m. W. 376.
28. *Fuchs-Kamp, A.*, Lebensschicksal u. Persönlichkeit ehemaliger Fürsorgezöglinge. Berlin, J. Springer. 172 S., 18,60 M.
29. *Fünfgeld, E.*, Zur Klinik u. Pathologie Frühkindlicher, das striäre System bevorzugender Hirnerkrankungen. J. Psychol. u. Neur. **40**, 85.
30. *Galant, J., S.*, Beiträge zur Psychologie des Kindesalters. (28. Homosexualität, 29. Verwahrlosung.) Jb. Kinderheilk. **122** (**72**), 356.
31. *Ders.*. Idiotia thymica. Arch. Kinderheilk. **88**, 275.
32. *Ders.*, Über Ohrerotik bei Kindern. Mschr. Kinderheilk. **43**, 130.
33. *Gauß, H.*, Über Gefäßbefunde der Netzhaut bei schwachsinnigen Kindern. Arch. f. Psychiatr. **88**, 776.
33a. *Frh. v. Gebsattel, V. E.*, Über Fetischismus. Nervenarzt 8.
34. *Glaser, A.*, Die Psychopathenanstalt in Leiden. Soz. Arbeit 79.
35. *Götz, W.*, Untersuchungen über die eidetische Anlage bei Jugendlichen niederer Intelligenz. Arch. f. Psychiatr. **88**, 251.
36. *Gregor, A.*, Die psychische Struktur Verwahrloster auf verschiedenen Altersstufen. Z. Kinderforschg. **35**, 22.
37. *Guttmann, L.*, Möglichkeiten und Grenzen der Enzephalographie bei zerebraler Kinderlähmung. Fortschr. Röntgenstr. **40**, 966 (S. 200*).
38. *Hahn, R.*, Heilpädagogik und Fürsorge. Fortschr. Neur. 514 (Allg. Z. Psychiatr. **93**, 129).
39. *Hallervorden, J.*, Defekte und Mißbildungen sowie früh erworbene Schädigungen des Gehirns und Rückenmarks. Fortschr. Neur. 527 (Allg. Z. Psychiatr. **93**, 131).

40. *Hassin*, G., Amaurotic family idiocy. Amer. J. Psychiatr. **8**, 969.
41. *v. Hayeck, H.*, Über einen Fall von Hypoplasie des Balkens. Virch. Arch. **273**, 767.
42. *Heinrichs, K.*, Theorie der Heilpädagogik. Z. Behdlg. Anorm. 161.
43. *Heller, Th.*, Arzt und Erzieher. Mschr. Kinderheilk. **42**, 255.
44. *Helweg, H.*, H. C. Andersen und die Behauptung seiner Homosexualität. Z. Neur. **118**, 777.
45. *Herschan, O.*, Typologie der psychisch eheuntauglichen Frau. Z. Sex.wiss. **16**, 323 (S. 200*).
46. *Hetzer, H.*, Entwicklungsbedingte Erziehungsschwierigkeiten. Z. pädag. Psychol. 77.
47. *Hinrichs, U.*, Über eine durch Balken- und Fornixmangel ausgezeichnete Gehirnmißbildung. Arch. f. Psychiatr. **89**, 57.
48. *Hirschfeld, M.*, Ist Homosexualität heilbar? (Erwiderung auf *Stekel*.) Nervenarzt 713.
49. *Ders.*, u. *B. Götz*, Das erotische Weltbild. Hellerau, Avalun-Vg., 208 S., 9 M. (S. 200*).
50. *Dies.*, Sexualgeschichte der Menschheit. Berlin, Dr. P. Langenscheidt. 385 S., 26 M. (S. 201*).
51. *Hohl, M.*, Psychohygienische Fragen in der Jugenderziehung. Das Landeserziehungsheim St. Josef in Landau-Queichheim (Pfalz). Jb. **1929**, 103 (S. 209*).
52. *Homburger, A.*, Über Typenbildung in der Psychopathie. Ber. üb. d. 4. Sachv.-Konf. d. Dtsch. Ver z. Fürs. f. jgdl. Psychopathen, s. d. (S. 202*).
53. *Ders.*, Versuch einer Typologie der psychopathischen Konstitutionen. Nervenarzt 134.
54. *Illing, E.*, Über kongenitale Wortblindheit (angeb. Schreib- u. Leseschwäche). Mschr. Psychiatr. **71**, 297 (S. 202*).
55. *Isemann* u. *Corvinus*, Der Einfluß der Musik auf geistig und seelisch gehemmte Kinder. Hilfsschule 658.
56. *Jablonszky, A.*, Über schizoide Reaktionen und Krisen. Z. Neur. **119**, 561.
57. *Jancke, H.*, Zwei Fälle von Dementia infantilis. Arch. Kinderheilk. **88**, 114 (S. 203*).
58. *Joël, W.*, Die traumatischen Einwirkungen auf das Gehirn des Neugeborenen. Zbl. Gynäk. **44**, 2778.
59. *Juliusburger, O.*, u. *W. Leibbrand*, Ein Fall von polymorpher Perversion. Dtsch. Z. gerichtl. Med. **13**, 69.
60. *Kahle, H. K.*, Das weiße Blutbild und die Nagelfalzcapillaren bei jugendlichen Geistesschwachen. II. Arch. f. Psychiatr. **86**, 766 (S. 203*).

61. *Kahn, E.*, Die Psychopathien. Fortschr. Neur. 245 (Allg. Z. Psychiatr. **90**, 467).
62. *Ders.*, Über die sogenannten schizoiden Psychopathen. Kl. W. 242.
63. *Karger, P.*, Die klinische Bedeutung des capillaroskopischen Bildes am Nagelfalz von Kindern. Mschr. Kinderheilk. **42**, 292.
64. *Katzmann, L.*, Über die Besonderheiten einiger psychomotorischer Äußerungen bei Cycloiden u. bei Epileptoiden. Z. Neur. **119**, 663.
65. *Kirmße, M.*, *H. Horrix*, ein Methodiker des Schwachsinnigenunterrichts. Z. Behdlg. Anormaler 151.
66. *Ders.*, Zur frühesten Schwachsinnigenfürsorge in Württemberg. Z. Behdlg. Anormaler 131.
67. *Knauer, A.*, Die Hilfsschule, Begriff, Ort, Schülermaterial. Hilfsschule 321.
68. *v. Kobilinski, E.*, Über Handschriften schwachsinniger Kinder. Z. Menschenkde. Jg. **5**, 164.
69. *Kornfeld, W.*, u. *L. Pichler*, Über individualisierende Unterrichtsversuche bei spezifisch behandelten Hypothyreosen. Z. Kinderforschg. **35**, 65.
70. *Kretzschmar, R.*, Die Bewegungstherapie in der Hilfsschule. Hilfsschule 270.
71. *Kreyenberg, G.*, Capillaren und Schwachsinn. (Ergänzung zu *Ubenauf*). Arch. f. Psychiatr. **88**, 545.
72. *Kryspin-Exner, W.*, Klinischer und anatomischer Beitrag zur Frage der oligophrenen Krankheitsprozesse. Z. Neur. **120**, 84.
73. *Kufs, H.*, Über einen Fall von Spätform der amaurotischen Idiotie (atyp. Verlauf, Fettstoffwechsel-Störungen). Z. Neur. **122**, 395.
74. *Kutzinski, A.*, Über Gerontophilie. Mschr. Psychiatr. **74**, 86.
75. *Kwint, L. A.*, Makrogenitosomia praecox bei cerebraler Kinderlähmung. Dtsch. Z. Nervenheilk. **108**, 117.
76. *Lande, L.*, Die schulärztliche Betreuung psychisch u. intellektuell anormaler Kinder. Mschr. dtsch. Ärztinn. **5**, 87.
77. *Lang, Th.*, Sippschaftsuntersuchungen über Allgäuer Kretinen u. Schwachsinnige. Z. Neur. **119**, 109 (S. 203*).
78. *Lange, M.*, Wie groß ist die Zahl der Krüppel, deren Leiden auf ein Geburtstrauma zurückgeht? M. m. W. 1211.
79. *Lange, W.*, Akromegalie u. Adipositas bei hochgradigem Hydrocephalus. Endokrinol. **4**, 273 (S. 203*).
80. *Ders.*, Seelische Hygiene und Heilpädagogik. Z. Behdlg. Anomaler 177.
81. *Lange-Malkwitz, F.*, Kapillarmikroskopische Untersuchungen

und ihre Beziehungen zur psycho-physischen Konstitution von Schwachsinnigen. Endokrinol. **4**, 340 (S. 203*).
82. *Liertz, R.*, Seelenkunde und Erziehungskunde im Dienst der Heilerziehung. Donauwörth, L. Auer, 123 S., 3,50 M. (S. 207*).
83. *Linzbach*, Die öffentliche Psychiatrie und das Hilfsschulwesen. Psychiatr.-neur. Wschr. 283.
84. *Lokay, A.*, Über die hereditären Beziehungen der Imbezillität. Z. Neur. **122**, 90 (S. 204*).
85. *Lutz, M.*, Über einen Fall von Pseudologia phantastica und seine Heredität. Mit Stammbaumtafel. Arch. Klaus-Stiftg. (Zürich) **4**, 183.
86. *Mainzer*, Grundzüge der Erziehung psychopathischer Kinder. Ärztl. Rdsch. 49.
87. *Mauerhofer, H.*, Die Inversion. Mit spez. Berücksichtigung des Dichters H. Hesse. Bern, Haupt, 61 S.
88. *Mayer-Benz, L.*, Schriftdeutung jugendlicher Psychopathen. Z. Kinderforschg. **35**, 637.
89. *Meyer, E.*, Vom παίδων ἔρως der Antike zur Homosexualität der Gegenwart. Z. Sex.wiss. **16**, 225.
90. *Möllenbeck, F. K.*, Heilen oder unterrichten? Hilfsschule 200.
90a. *Moll*, Heilpädagogische Erfahrungen an postencephalitischen Kindern. Landerz.heim. St. Josef; Jb. 1929 (S. 209*).
91. *Moos, W.*, Sonderschulen inkl. Unterricht für psychopathische Kinder und Jugendliche. Schweiz. Z. Hyg. 447.
92. *Moses, J.*, Gestaltungen und Wandlungen der Psychopathielehre und ihre Bedeutung für die Heilpädagogik, Erziehung. Jg. **5**, 139 (S. 204*).
93. *Naujoks, H.*, Über das Cephalhämatom. Arch. Gynäk. **136**, 122.
94. *Nöll, H.*, Der Gegensatz »Kindlicher Schwachsinn — Kulturmensch« in der Heilpädagogik. Z. Behdlg. Anomaler 49, 65, 81 u. 97.
95. *Ossipowa, E.*, Psychopathische Zustände bei kongenitaler Lues. Z. Neur. **119**, 631.
96. *Pacheco e Silva* u. *de Castro Filho*, Über einen Fall von tuberöser Sklerose. Mem. Hosp. Juquery (port.) 1928/29, 109 (S. 210*).
97. *Praetorius, N.*, Die Homosexualität des Prinzen Heinrich v. Preußen, des Bruders Friedrichs des Großen. Z. Sex.wiss. **15**, 465.
98. *Ders.*, Voltaire und die Homosexualität. Z. Sex.wiss. **15**, 571.
99. *Reinhardt*, Neue Wege der Fürsorge für geistig Abnorme. (Offene Fürsorge.) Z. Schulgesdhpfl. 607.

100. *Reuß, A.*, Über Prognose und Therapie der Geburtsverletzungen, insbes. der intrakraniellen. W. m. W. 959 u. 994.
101. *Román-Goldzieher, Kl.*, Untersuchungen über die Schrift der Stotterer, Stammler u. Polterer. Z. Kinderforschg. **35**, 116.
102. *Rosenhaupt, H.*, Fürsorgeerziehung. Soz. Med. Sonder-Nr. S. 84 (S. 210*).
103. *Sachs, B.*, Amaurotic family idiocy and general lipoid degeneration. Arch. of Neur. **21**, 247.
104. *v. Sántha, K.*, Neuer Beitrag zur Histopathologie der Tay-Sachs-Schafferschen Krankheit. Arch. f. Psychiatr. **86**, 665.
105. *Scheiblauer, M.*, Neue Wege der Erziehung Anormaler. Ärztl. Rdsch. 346.
106. *Schneider, E.*, Die Bedeutung des *Rorschach*schen Formdeuteversuches zur Ermittlung intellektuell gehemmter Schüler. Z. angew. Psychol. **32**, 102.
107. *Scholl*, Schutz der Minderwertigen. Bayer. Ärzteztg. 70.
108. *Schröder, P.*, Der Begriff der Psychopathie bei Kindern. Bericht üb. d. 4. Kongr. f. Heilpäd. (Berlin, J. Springer) 216 (S. 204*).
109. *Ders.*, Pädagog, Psychologe oder Psychiater? Bl. Wohlf.pfl. (Dresden) 168 (S. 204*).
110. *Ders.*, Über Erziehbarkeit. Erziehung Jg. **4**, 403 (S. 205*).
111. *Schwarz, O.*, Sexualpathologie als Problem einer medizinischen Anthropologie. (Sexualstörungen als Infantilismen.) D. m. W. 1619.
112. *Seeling, O.*, Medizin und Heilpädagogik. Med. Welt 1416.
113. *Speich, R.*, Einführung in die heilpädagogische Psychologie. Psychol. Rdsch. Jg. **1**, 123.
114. *Spielmeyer, W.*, Vom Wesen des anatomischen Prozesses bei der familiären amaurotischen Idiotie. J. Psychol. u. Neur. **38**, 120 (S. 205*).
115. *Staehelin, J.*, Abnorme Charakterentwicklungen und ihre Ursachen. Schweiz. Z. Hyg. 53.
116. *Stekel, W.*, Ist Homosexualität heilbar? Nervenarzt 337.
117. *Stelzner, H.*, Weibliche Fürsorgezöglinge, ihre psychologische und psychopathologische Wertung. Berlin, S. Karger, 208 S., 9,50 M.
118. *Straßmann, F.*, Erhaltung oder Vernichtung lebensunwerten Lebens. Med. Welt 500.
119. *Tretgold*, Mental deficiency. London, Baillière, Tindall & Cox, 535 S., 25 Sh.
120. *Tscherjaskin, W.*, Zur Frage der Nekrophilie. Z. Sex.wiss. **16**, 386.
121. *Ubenauf, K.*, Arbeiten zur Frage des angeborenen Schwach-

sinns I. Archicapillaren. Arch. f. Psychiatr. **88**, 511 (S. 205*).
122. Über die Bedeutung des mikroskopischen Kapillarbildes und die therapeutische Beeinflussung abnormer Kapillarbildungen. Veröff. Med. verw. **29**, H. 4 (267).
123. *Ulbrich, M.*, Das erblich belastete Kind. 16 S., —,50 M., Das psychopathische Kind. 16 S., —,50 M., Hamburg, Chr. G. Überreich.
124. *Ullrich, O.*, Über Häufigkeit und Prognose geburtstraumatischer Läsionen des Zentralnervensystems. M. m. W. 487.
125. Veröffentlichungen aus der Hygiene-Akademie Dresden: Das Problem des abnormen Kindes. Dresden, Dtsch. Verl. f. Volkswohlf. 64 S., 4,80 M. (S. 206*).
126. *Villinger*, Zur Frage der Homosexualität Jugendlicher. Mitt. for.-psychol. Ges. Hamburg, Nr. 4 (S. 206*).
127. *Vögel, J.*, Das Geburtstrauma und seine Bedeutung in der Geburtshilfe. Mschr. Geburtsh. **82**, 40.
128. *Wehle, G.*, Normalsilben im 1. Leseunterricht, bes. kurzhöriger, schwachsinniger Kinder. Z. Behdlg. Anomaler 145.
129. *Weygandt, W.*, *Kraepelins* Bedeutung hinsichtlich der psychischen Entwicklung und Pädagogik. Arch. f. Psychiatr. **87**, 68.
130. *Frh. v. Wieser, W.*, Die Entwicklung röntgenbestrahlter schwachsinniger Kinder. Bericht üb. d. 4. Kongr. f. Heilpädag. (Berlin, J. Springer) 271 (S. 207*).
131. *Ders.*, Röntgentherapie des Schwachsinns bei Kindern. Kempten, O. Nemnich, 266 S., 33,— M.
132. *Wolff, W.*, Realität und Metarealität. (Zur Psychologie der psychopath. Jugendlichen.) Z. Kinderforschg. **35**, 162.
133. *Worster-Drought, C.*, a. *I. M. Allen*, Congenital auditory imperception (cong. wort-deafness.) investig. by Head's method. J. of Neur. **9**, 289.

Balluff und *Blumenthal* (4) stellten Untersuchungen an über die Bedeutung der Lues bei den Oligophrenen der Wittenauer Heilstätten. Ergebnisse: 1. Von 88 schwachsinnigen und bildungsunfähigen Kindern hatten 50% positive Wa. R. im Blute; in keinem Falle stärkere Liquorveränderungen. — 2. Von 68 schwachsinnigen aber bildungsfähigen Kindern hatten 32% positive Blut-Wa. R.; auch bei dieser Gruppe war keine Liquorveränderung nachzuweisen. — 3. Insgesamt war also in 42% der 156 schwachsinnigen Kinder die kongenitale Lues serologisch nachweisbar; wobei die intellektuell tieferstehende Gruppe einen höheren Prozentsatz an positiven Reaktionen aufwies. — 4. Bei 7 juvenilen Paralysen waren in allen Fällen die Blut- und Liquorreaktionen positiv. — 5. Bei einer Reihe älterer Schwachsinnigen, war der Prozentsatz an positiven Befunden gering. — 6. »Aussichtsreicher als die Behandlung des Einzelfalles erscheint die Be-

kämpfung auf dem Wege der Gesundheitsfürsorge durch spezifische Behandlung der Mütter auf Grund von systematischer serologischer Frühuntersuchung schwachsinniger Kinder.« — Punkt 6 ist, bes. vom sozialen und fürsorgerischen Standpunkt aus, zuzustimmen.

Guttmann (37) berichtet über enzephalographische Erfahrungen bei cerebraler Kinderlähmung und ihre Bedeutung für die klinische Diagnostik; er berücksichtigt nur die Fälle, bei denen die angeborene oder in frühester Kindheit erworbene Halbseitenlähmung oder -parese das klinische Kardinalsymptom bilden. Die Enzephalographie gibt die Möglichkeit das Krankheitsbild der cerebralen Kinderlähmung intra vitam in verschiedene pathologisch-anatomische Formen zu gliedern: 1. Die Hemiatrophia cerebri mit oder ohne Porusbildung, als Folge eines das noch markunreife kindliche Gehirn treffenden Einschmelzungs- .' ·v. Narbenprozesses verschiedenster Ätiologie. — 2. Die meningopathischen Prozesse als Folgezustand früher überstandener Meningitiden oder Meningo-Enzephalitiden. — 3. Die primären Hemmungsmißbildungen. — Weitere Untersuchungen werden evtl. noch eingehendere Differenzierungen erlauben. — Abgesehen von den üblichen leichten Nebenerscheinungen, wurde der Eingriff von allen Kranken ausgezeichnet vertragen; bei zahlreichen Kranken mit schwerer Epilepsie und Schwachsinn brachte er, wenn auch nur vorübergehend, eine weitgehende Besserung des Krampfleidens und eine solche des psychischen Verhaltens, so daß neben der hohen diagnostischen Bedeutung der Enzephalographie die Lufteinblasung bzw. Liquorausblasung, besonders bei den mit epileptischen Anfällen einhergehenden Formen der cerebralen Kinderlähmung, eine nicht zu unterschätzende therapeutische Maßnahme ist. — Auf die 19 instruktiven Abbildungen sei noch besonders hingewiesen.

Herschan (Frauenarzt) (45) schreibt über die Typologie der psychisch eheuntauglichen Frau. Es wird von den eigentlich geisteskranken abgesehen und zwei Hauptgruppen solcher — im weitestem Sinne psychopathischer — Frauen unterschieden: »1. . . . Frauentypen, die durch Triebabweichungen zur Ehe sich nicht eignen. . . »2. . . . Frauentypen, die sich durch Charakter und Temperamentabweichungen von der Norm sehr abheben. . . «; obendrei noch die komplexen Formen beider Hauptgruppen. In loser Aneinanderreihung werden dann die einzelnen abnormen Frauentypen und ihre Auswirkungen auf das Eheleben besprochen. Auf die Abweichungen im Körperbau, die mitunter schon wertvolle Hinweise geben (sogen. Intersexe und die verschiedenen dysplastischen Typen nach *Kretschmer* wird aufmerksam gemacht. Die Abhandlung schließt mit den Worten: »Die Ehe darf nicht als Heilmittel für solche psychischen Entartungszustände angesehen werden, da sie in den meisten derartigen Fällen nur zur Crux des unglücklichen männlichen Ehegatten wird und auch die Frau selbst vor Situationen stellt, in denen sie infolge ihrer Anlage versagen muß, von den eugenischen Bedenken abgesehen, aus denen solche weibliche Persönlichkeiten insbesondere auch von der Fortpflanzung ausgeschlossen werden sollten.« — Man sollte meinen, daß jeder Arzt sich die letzteren Gedankengänge längst zu eigen gemacht hat; und doch findet man hie und da noch in Ärztekreisen die Ansicht, daß ein hysterischer oder psychopathischer Charakter in der Ehe »gebessert« werden könnte!

Hirschfeld und *Götz* (49): Das erotische Weltbild. In einer Einführung umgrenzen zunächst die Autoren ihr Thema: »In der Tat meinen

wir mit der Bezeichnung »Weltbild« jene eigentümliche Wiedergabe des Objektes »Welt« im Umräumlichen, in der Vorstellung, und zwar eine Bildlichkeit, von der wir, wenn nicht mehr, so das eine wissen, daß sie »in uns« vorhanden ist... Unsere nächste Aufgabe erblicken wir darin, das Entstehen eines solchen Bildes im einzelnen zu erörtern... Es gilt die Frage zu erörtern, wie sieht der erotische Mensch die Welt, wie sieht er sich selbst in ihr... warum sieht er als erotischer Mensch die Welt so und bildet sie gerade so in seinem Innern ab?.. Weltbild und Eros sind komplizierte gedankliche Objekte... Unsere Leser müssen also.. über unsere Anschauungsweisen vom Seelischen unterrichtet sein. Denn das Seelische ist es, das in sich das Weltbild gestaltet und im Weltbild sich ausdrückt... So werden wir in unserer Darstellung des erotischen Weltbildes beide psychologischen Erkenntnisweisen (d. h. objektive und subjektive Psychologie) anwenden.« Damit haben die Verf. ihr Arbeitsgebiet und ihre Arbeitsweise umrissen. Die folgenden Kapitelüberschriften geben nun ein besseres Bild der weiteren Ausführungen, als es eine zusammenfassende Darstellung auf so engem Raume könnte: Vom Ich. Über den Anteil der seelischen Kräfte im einzelnen. Die Passivität, das Gebiet des Erfahrens und Erleidens. Das Aktive. Das Denken. Das magische Weltbild. Das Tabuistische. Vom Eros. Das Wesen des Wahnes. Welt und Wahn des Kindes. Vom Schulkinde. Von der Liebesreifung. Von der Liebesbereitschaft. Vom Liebeserleben und von der wahnhaften Umwertung des Ich. Von der Erlebnis des Leibes. Von der wahnhaften Verklärung des Liebespartners. Von der Gefühlsdurchdringung der Umwelt. Vom Erlebnis des Veröffentlichtseins. Vom Gemachtwerden und Gebrachtwerden. Von den magischen Erinnerungstrübungen. Vom magischen Erleben der Zeit. Vom Erlebnis des Denkens. Von den Visionen der Liebenden. Von den Träumen der Liebenden. Eros und Tod. Ausklang. — Die Verf. verarbeiten in den genannten Kapiteln ihre reichen Erfahrungen auf dem Gebiete der Sexualpsychologie; sie geben uns eine Psychologie der Erotik, eine philosophisch-künstlerische Darstellung des erotischen Weltbildes; eine solche hat und muß viel subjektives Gpräge haben. Das ist kein Nachteil — im Gegenteil: Wer den Autoren in ihren Gedankengängen willig folgen, sich in sie einfühlen kann, wird reichen Gewinn von der Lektüre des Buches haben; wer ihnen kritisch-negierend gegenübersteht wird nicht minder viele Anregungen aus dem Werkchen schöpfen.

In der bekannten Sammlung kulturgeschichtlicher Werke (Verlag Langenscheidt) erschien von *Hirschfeld* und *Götz* (50) eine Sexualgeschichte der Menschheit. Die Verf. weichen von dem üblichen Verfahren, die Sexualhistorie entsprechend den Kultur- oder sonstigen Epochen zu gliedern ab. Sie teilen vielmehr ihren Stoff in vier Bücher ein und zerlegen ihn dann weiter nach folgendem Plane: Erstes Buch: Zeugung und Geburt. — Das Sexuelle. Die Einstellung des primitiven Menschen zum Geschlechtlichen. Menstruation . Zeugung. Hilfeleistungen zur Befruchtung. Die Schwangere. Reifen des Kindes im Mutterleibe. Mehrfrüchtige Schwangerschaft. Entfernung der Leibesfrucht. Die Geburt. Das »Männerkindbett«, die Couvade. Geburtshilfe. Die Nachgeburt. Das Stillen des Kindes. — Zweites Buch: Die sexuellen Konflikte. — Mystische Verbindung zwischen Kind und Vorfahren. Kampf zwischen Geist und Sexualität. Kindesopfer und Verstümmlungen des Kindes und des eignen Geschlechtsteiles. Sexuali-

tät und Erbsünde. Geschlechtliche Scham. Erotische Beseelung der Umwelt. Unsere Stellung zur psychoanalytischen Schule. Das Kind als Geschlechtswesen. — Drittes Buch: Die Pubertät. — Pubertät und Jugendweihen. Der seelische und sexuelle Einfluß des Jugendführers. Gemeinschaftserleben bei den Jugendbünden. Sexuelle Belehrungen während der Jugendweihen. Die realen Zwecke der Torturzeremonien. Die sexuellen und sozialen Auswirkungen der Jugendweihen. Jugendweihen bei den Mädchen. — Viertes Buch: Der ungebundene und gebundene Geschlechtsverkehr. — Die sozialen Formen des Sexuallebens. Prostitution. Ehe. Familie. — Die damit skizzierte Art der Darstellung ist sehr anregend und lehrreich. Durch gute Abbildungen wird sie obendrei belebt. — Eine treffende Würdigung ihres Werkes geben die Verf. selbst am Schlusse der Einleitung: »Wenn wir also als Sexualhistoriker das Gebäude der menschlichen Sexualität geschichtlich entstehen lassen, so sind wir darauf gefaßt, nicht jedermanns Meinung zu treffen. Das Tatsachenmaterial liegt vor: wir schichten und tun dies nach bestem wissenschaftlichen Wissen und Gewissen. Aber den Mörtel, der die Steine untereinander verbindet, geben wir selbst dazu. Mit dem Sinn, den wir hineinlegen, gestalten wir das Rohmaterial zur systematischen Einheit. Damit steuern wir unser Bestes zur Erkenntnis der Gegenwart bei, wenn wir sie aus der Vergangenheit lückenlos herleiten können.«

A. Homburgers (52) Referat auf der Konferenz des deutschen Vereins zur Fürsorge für jugendliche Psychopathen ist ein Meisterstück kurzer und tiefschürfender Darstellung eines so schwierigen Gebietes wie es die »Typenbildung in der Psychopathie« ist. Jeder, der sich für das Wesen der Psychopathie interessiert, muß das Original lesen... studieren; ein kurzes Referat kann dem Reichtum des Dargelegten nicht annähernd gerecht werden. Unter Berücksichtigung der älteren und neueren deutschen und ausländischen Autoren werden zunächst die Umgrenzungen des Begriffes Psychopathie und die Versuche der Typenbildungen erwähnt und kritisch beleuchtet. Auf zwei Tafeln werden dann die wichtigsten ausländischen Typologien den deutschen gegenübergestellt. Scharfsinnige und lichtvolle Ausführungen schließen sich daran an. Abschließend wird zusammengefaßt, was die Typologie für die Erkenntnis und Behandlung der Psychopathie leistet, und aufgezeigt, wo ihre natürlichen Grenzen liegen. Und hier zeigt sich der Autor, wie wir ihn längst kennen; nicht nur als scharfsinniger Denker, sondern als wahrhafter Seelenkenner, der über den Krankheitstypen nicht das kranke Individuum vergißt: »Die individuelle Charakterologie ist ein Ziel auch des Studiums des psychopathischen Kindes, die psychologische Typologie eines ihrer fundamentalen wissenschaftlichen Hilfsmittel. Denn in jede Äußerung und jede Handlung geht der Grundtypus irgendwie ein, aber auch die gesamte Einheit dieser psychophysischen Persönlichkeit, so wie sie gerade in diesem Augenblick ihrer Lebenskurve Gestalt gewonnen hat.»

Illing (54) bringt eine sehr eingehende Veröffentlichung über kongenitale Wortblindheit. In der Einleitung wird an Hand der Literatur Historisches und Terminologisches behandelt. Dann werden allgemeine Untersuchungen und Befunde, besonders auch an 12 eigenen Fällen, beschrieben. Die folgenden Abschnitte behandeln: Einiges über Sprache und Schrift. Das Erlernen der Bustabenformen. Das Lesen von Wörtern und

Sätzen. Das Schreiben. Zahlen und Noten. — Behandlung und Prognose. Ätiologie. — Wegen der vielen interessanten Einzelheiten muß auf das fast 60 Seiten umfassende Original verwiesen werden.

Zu den bisher in der Literatur bekannten etwa 13 Fällen von Dementia infantilis fügt *Jancke* (57) 2 weitere hinzu, die in der Bonner Universitätskinderklinik beobachtet wurden. Die Krankengeschichten werden ausführlich wiedergegeben und ausgewertet. Es folgen Darlegungen über die Charakteristik und Abgrenzbarkeit der Dem. inf. — *J.*'s Fall 1 zeigt den bisher frühesten Beginn: im 3. Lebensjahre. Nach Verf. läßt sich die Dem. inf. gut abgrenzen von bisher bekannten ähnlichen Krankheitsformen. — »Bei der Dem. inf. handelt es sich wahrscheinlich um eine organische Schädigung des Gehirnes diffuser Art, die eine allgemeine Funktionsherabsetzung der psychischen Leistungen bedingt, aber auf die körperlichen Leistungen ohne wesentlichen Einfluß ist.«

Kahle (60) berichtet, in seiner zweiten Mitteilung über Capillarformen bei Geistesschwachen, über das weiße Blutbild und die Nagelfalzcapillaren bei jugendlichen Geistesschwachen. Über Methodik und sonstige Einzelheiten s. Original. Hier nur einiges aus den Ergebnissen: Als Auffälligkeiten bes. bei jugendlichen Idioten zeigte das weiße Blutbild hohe Gesamtzahlen der weißen Blutkörperchen, Lymphocytose, anfängliche starke Neutrophilie und Eosinophilie. Einige Einzelgruppen, wie die des Dysgenitalismus usw. waren von obigem Durchschnittsbefund hämatologisch einigermaßen abgrenzbar. Auch nach der Capillarform waren weitere Differenzierungen möglich. Die heilpädagogische und die medikamentöse Behandlung kann Nutzen ziehen aus diesen Differenzierungsmöglichkeiten. Jod, verschiedene Drüsenpräparate und Tuberkulinkuren werden als Therapie empfohlen.

Lang (77) veröffentlicht sehr ausführlich — auf über 40 Seiten — »Sippschaftsuntersuchungen über Allgäuer Kretinen und Schwachsinnige«. Die Einzelheiten und die Ergebnisse der interessanten Ausführungen müssen im Original nachgelesen werden; sie sind zu umfangreich für ein kurzes Referat. Erfreulich und lehrreich ist es, und zur richtigen Wertung seiner Untersuchungen trägt es bei, daß *L.* sich eingehend über die Art der Materialerhebung, über die Auszählungs- und Bearbeitungsmethoden verbreitet; es sind die Arbeitsweisen, wie sie an der genealogischen Abteilung der deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie, aus der auch diese Arbeit stammt, gepflegt werden.

Lange (79) beschreibt einen selbstbeobachteten Fall von ausgesprochener Akromegalie und Adipositas bei hochgradigem Hydrocephalus, bei einem $16^1/_2$ Jahre alten männlichen Kranken. Akromegalie vor und in der Reifezeit ist ein überaus seltenes Vorkommnis, im vorliegendem Falle ist das Zusammentreffen von Akromegalie und hochgradigem angeborenen Hydrocephalus mit Adipositas bemerkenswert.

Lange-Malkwitz (81) berichtet über kapillarmikroskopische Untersuchungen und ihre Beziehungen zur psychophysischen Konstitution von Schwachsinnigen. Die Befunde wurden erhoben an 200 erziehungsfähigen schwachsinnigen Mädchen, im Alter von 6—21 Jahren. Die Untersuchungen wurden vor Erscheinen des *Jaensch*schen Buches abgeschlossen; doch fügen sie sich gut in dessen Schema ein. Die einzelnen Ergebnisse sind im Original einzusehen. Zustimmen muß man der Verfasserin in der vorsichtigen Bewertung der therapeutischen Schlußfolgerungen, wie sie von *Hoepfner*,

Jaensch und *Wittneben* aus den Kapillarbefunden gezogen werden. Über eigene therapeutische Versuche will *L.-M.* später berichten.

Lokay (84) schreibt über die hereditären Beziehungen der Imbezillität. In 82 Fällen von Schwachsinn wurden die hereditären Beziehungen eingehend und genau nach den Methoden der genealogischen Abteilung der deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie (aus der diese Arbeit stammt) untersucht und es wurden, was sehr wichtig ist, aber bei anderen Untersuchungen oft nicht geschah, alle Fälle, bei denen Verdacht auf exogene Verursachung des Schwachsinns vorlag, ausgeschieden oder besonders gekennzeichnet oder bewertet. Die wichtigsten Ergebnisse sind: Unter den Geschwistern der Probanden waren 16—18%, unter den Eltern 12,6% Schwachsinnige, unter 14 bzw. 8 Probandenkindern 2, unter den Neffen und Nichten 7—8,2%.

Moses (92) betrachtet die Gestaltungen und Wandlungen der Psychopathielehre in ihrer Bedeutung für die Heilpädagogik. Er geht ausführlich ein auf die Entwicklung des Psychopathiebegriffes bzw. der Typologie der Psychopathie an Hand der Schriften von *I. L. A. Koch, Strümpell, Ziehen, Schneider, Klages, Schröder, Kahn* und *Homburger.* Sehr zu begrüßen ist des Verfassers Einstellung zu den wechselseitigen Beziehungen zwischen Heilpädagogik und Psychiatrie in der Psychopathielehre: »Die Heilpädagogik selbst ist ... unverkennbar geneigt, die Verknüpfung mit der Psychiatrie aufrecht zu erhalten. In der Psychopathenfrage wollen die besonnenen Heilerzieher nicht auf die Herstellung einer Etikette hinarbeiten, die dem einzelnen Fall aufgeklebt wird. Sie verlangen von der psychiatrischen Wissenschaft eine Wegleitung für ihre praktische Arbeit.«

Schröder (108) behandelt den Begriff der Psychopathie bei Kindern. Er zeigt die Schwierigkeiten, die sich bei dem jetzigen Stande der Psychologie für die rein psychologische Erfassung der Psychopathie bieten. Andererseits ist der Psychiater nicht der einzig Berechtigte und Befähigte, der für die Erkennung und Behandlung der psychopathischen Erscheinungen bei Jugendlichen zuständig ist, »aber nach Lage der Dinge kommt er zweifellos augenblicklich dafür in erster Linie in Betracht: Das monströse lehrreiche Material an Jugendlichen wird ihm zugeschoben, die Untersuchungs- und Beobachtungsmethodik am Menschen bringt er mit, er hat zur Verfügung die notwendigen psychiatrischen und hirnpathologischen Kenntnisse zur sicheren Abgrenzung gegen das Krankhafte; er kann deshalb wichtige Ergänzungen für andere psychologische Untersuchungen bringen«. »Die sogenannten psychopathischen Erscheinungen bei Jugendlichen sind ein ärztlichpädagogisches Grenzgebiet.«

Ausgehend von der unzulänglichen Fassung und Auslegung des Begriffes Verwahrlosung im RJWG. von 1922 weist *Schröder* (109) darauf hin, daß bei der Schaffung der Fürsorgeerziehungsgesetze Ärzte nicht herangezogen wurden, obwohl doch »die ersten Grundlagen für eine differenzierte Betrachtung der Kinder und Jugendlichen unter Betonung ihrer mitgebrachten Verschiedenheiten von ärztlicher, speziell von psychiatrischer Seite stammen«. Verf. macht dann Vorschläge über die Mitarbeit der Psychiater bei der Fürsorgeerziehung und setzt sich vor allem für die Errichtung von Beobachtungsabteilungen ein. »In gesetzgeberischer Hinsicht wird schließlich der Begriff Verwahrlosung des RJWG. durch einen besseren zu ersetzen oder dahin zu erweitern sein, daß nicht länger auf Grund

der zurzeit vielfach üblichen Auffassung und Auslegung des Begriffes den vorwiegend oder lediglich charakterlich Abartigen (ohne nachweisbare grobe Milieuschädigung) die staatliche fürsorgerische Erziehung von Rechts wegen verschlossen werden muß oder kann.«

Schröder (110): Über Erziehbarkeit. Eine ärztliche Betrachtung. — In der neueren Zeit ertönt immer mehr der Ruf nach mehr Erziehungstätigkeit neben dem bloßen Unterricht. Hand in Hand damit geht das lebhafte Verlangen nach einer Psychologie als der Grundlage von Erziehungswissen und -tätigkeit. Die experimentelle bzw. Leistungspsychologie mußte hier enttäuschen. Ansätze zu einer neuen Schulpsychologie sind vorhanden, doch sind sie noch nicht soweit entwickelt, daß sie der Pädagogik wirksame Hilfe leisten könnten. Den praktischen Erziehern geht es in dieser Hinsicht wie den Psychiatern: sie müssen jetzt noch eigene Wege gehen, um zu einer Psychologie zu gelangen. Was dabei in der letzten Zeit auf dem Sondergebiet, das sich mit den sog. psychopathischen Kindern beschäftigt, von Ärzten geleistet wurde, kann nicht ohne Einfluß auf die Pädagogik und Psychologie bleiben. — *Sch.* gibt dann kurze Hinweise auf Beobachtungen an jugendlichen Psychopathen, dabei warnt er, mit gutem Recht, vor der Überbewertung der bloßen Verstandestätigkeit; sie stellt nur eine und nicht immer die wichtigste und wertvollste Seite der seelischen Qualitäten dar. Der Lehre vom Charakter im weitesten Sinne, im Sinne des Anlagemäßigen, muß weitere Geltung verschafft werden. Den Psychiatern steht hier großes Beobachtungsmaterial zur Verfügung, die Fachpsychologen sollten an dessen Verarbeitung teilnehmen, den Pädagogen wird es nutzbar gemacht. — Bei der Bewertung und Behandlung der Schwererziehbaren sollte man die Schädigungen durch das Milieu nicht überschätzen oder verallgemeinern. Man sollte bedenken, daß jeder Mensch eine anlagemäßig bedingte obere Grenze für die Entwicklung und Entfaltung jeder seiner seelischen Qualitäten — nicht nur der verstandesmäßigen — hat, über die hinaus auch die Erziehung ihn nicht bringen kann.

Jn der *Bielschowsky*schen Festschrift schreibt *Spielmeyer* (114) über das Wesen des anatomischen Prozesses bei der familiären amaurotischen Idiotie. Er würdigt die Verdienste *B.*s um die Erforschung dieser Krankheit und lehnt, unter Berücksichtigung *B.*scher und eigener Arbeiten, *Schaffer*s Behauptung von einer primären Hyaloplasmaschwellung ab. *B.*s Feststellungen gaben den Anstoß die f. a. I. im Zusammenhang mit anderen heredodegenerativen Erkrankungen zu betrachten. Die Grundstörungen scheinen dabei, bei aller sonstigen Verschiedenheit, im Lipoidstoffwechsel zu liegen. Doch ist bei dem anatomischen Prozeß jeder dieser Erkrankungen neben der Qualität auch Sitz und Ausbreitung der krankhaften Veränderungen zu beachten. Die Deutung der Befunde bietet immer noch große Schwierigkeiten; gerade *B.* hat auf die Bedeutung des rein mechanischen Momentes des Rindengefüges für die pathogenetische Analyse in manchen Fällen hingewiesen.

Ubenauf (121) beschäftigt sich in seinen Arbeiten zur Frage des angeborenen Schwachsinns zunächst mit dem Problem der Archikapillaren. Er bearbeitet ein Material, das aus verschiedenen Anstalten und Schulen Deutschlands stammt nach einheitlichen Gesichtspunkten. Die Reichhaltigkeit der Veröffentlichung mögen die Kapitelüberschriften dartun: Allgemeine Erörterungen über die Kapillarstrukturen und ihre Beziehungen

zum Gesamtorganismus. Kapillarmorphogenese. Kapillarhemmung und Intelligenz bzw. Reaktionsweise. Kapillarhemmung und Störungen der inneren Sekretion. Kapillarhemmung und Mongoloidie. K. und embryonale bzw. frühkindliche traumatische und entzündliche Hirnschädigungen. K. und Schizophrenie. K. und Hörstummheit. — Einzelheiten und Ergebnisse müssen im Original nachgelesen werden. Eine Auswahl guter Mikrophotographien beleben die Darstellung.

Veröffentlichungen aus der Hygieneakademie Dresden (125): Heft 7. Das Problem des abnormen Kindes. Dem starken Interesse, das bei der Lehrerschaft und den Angehörigen der freien Wohlfahrtspflege für das Wesen des abnormen Kindes herrscht, verdankt dies Büchlein seine Entstehung. Es bringt Referate von 15 Vorträgen, die erstmalig in Dresden vor den Obengenannten gehalten wurden. Weiter wendet sich das Büchlein an den großen Personenkreis, der sonst noch mit abnormen Kindern und Jugendlichen zu tun hat. (Es soll obendrein seine Fortsetzung finden in Vorträgen über die Ursachen und Erscheinungsformen der Verwahrlosung und der Jugendkriminalität.) Ärzte, Heilpädagogen, Psychologen, Pädagogen usw. bringen hier kurze Referate — meist mit Nachweis der wichtigsten Literatur — über folgende Themen: Psychologie als Grundlage sozialer und pädagogischer Praxis. Wesen, Bedeutung und soziale Probleme der Heilpädagogik. Seelische Beeinflussung abnormer Jugendlicher. Erziehungsschwierigkeiten und Normalpsychologie. Die Bedeutung der Anlage. Kinder und Jugendliche als Zeugen in Sexualprozessen. Die klinischen Formen der Erziehungsberatung. Individualpsychologie. Individualpsychologie und Schwererziehbarkeit. Die psychopathischen Reaktionen der Jugendlichen. Notwendigkeit von psychologischen Elternberatungsstellen für die Erziehung des abnormen Kindes. Ursachen und Grundlagen des kindlichen Schwachsinns. Die Eigenart des schwachsinnigen Kindes. Schicksale ehemaliger Hilfsschüler. Grenzfälle in der Hilfsschule. — Wer diese Vorträge eingehend studiert, wird den Eindruck gewinnen, daß allenthalben bei den Psychiatern, Psychologen und Pädagogen das Problem des abnormen Kindes hohe Beachtung findet und daß das Interesse weitester Kreise für dieses wichtige Gebiet mit Recht beansprucht werden kann. Als Einführung in diese Materie und als Wegleitung beim weiteren Studium ist dieses Büchlein hervorragend geeignet.

Villinger (126): Zur Frage der Homosexualität Jugendlicher. Die Homosexualität ist unter den jungen Menschen unserer Tage im Zunehmen begriffen. Die weitaus meisten homosexuellen Erscheinungen im Jugendalter bedürfen keiner gelehrten Theorien und Erklärungsversuche. Fälle von voraussichtlich echter Homosexualität des Jugendalters sind überaus selten, in der Mehrzahl der Fälle haben wir es zu tun mit den Erscheinungen der Pubeszenz- (also Übergangs-)Homosexualität, mit kompensatorischer H. und mit erworbener H. Bei dieser erworbenen (Schein)Homosexualität lassen sich drei Gruppen abteilen: die passiven Pseudohomosexuellen, die reinen Nachahmer; diese beiden Gruppen bilden das Gros der Jugendlichen-H. in der Jugendbewegung, in den höheren Schulen der Großstädte, in Internaten usw. In die dritte und weitaus größte Gruppe sind alle Fälle zu rechnen, die die H. als Erwerbszweig benutzen. — »Die sexuelle Krise, von der so viel — so viel zu viel — gesprochen und geschrieben wird, ist ganz vorwiegend ein geistiges, ein erzieherisches Pro-

blem. — Die sogenannte Geschlechtsnot unserer Jugend ist großenteils, die jugendliche Homosexualität und ihr Anschwellen fast ausschließlich das Werk einer großartigen, aus sehr verschiedenen Quellen gespeisten Einzel- und Massensuggestion. Die Jugend vor den Gefahren dieser Suggestion zu schützen, ist die eine Aufgabe, die uns aus dem Wissen um die Zusammenhänge erwächst. Die andere, und meines Erachtens noch wichtigere Aufgabe besteht darin, dieser durch die Verbreitung unserer Erkenntnis ihre Suggestivkraft zu nehmen.«

v. Wieser (130) berichtet, in Fortsetzung seines Vortrages auf dem 3. Kongreß für Heilpädagogik im Jahre 1926, über die Entwicklung röntgenbestrahlter schwachsinniger Kinder. Er geht näher ein auf Behandlungsart und Beobachtungen während der Behandlung, bringt Kurven über Längen- und Massenwachstum und über den Grundumsatz, sowie Aufnahmen der Kranken vor, während und nach der Behandlung. Verf. faßt zusammen: »Ich konnte zeigen, daß durch Röntgenbestrahlungen verschiedene Formen des Schwachsinnes, vor allem Mongoloide, sowohl in somatischer als auch psychischer Beziehung geändert werden konnten. Diese Veränderungen sind vor allem dann, wenn man sie mit unbehandelten Fällen vergleicht, auffallend. Im Vordergrund steht die Beeinflussung des Wachstums auf körperlichem Gebiet, die des Temperaments auf psychischem. Schon durch die Temperamentsänderungen wird es in vielen Fällen möglich, die Kinder dem Unterricht zuzuführen. Unterstützt wird das durch Beseitigung verschiedener Schädigungen von seiten der Drüsen mit innerer Sekretion und von Lähmungen und Krämpfen. Durch Verbesserung der Technik ist es möglich, die Resultate im allgemeinen zu verbessern und vor allem die Zeit der Behandlung wesentlich abzukürzen.«

In dem Roman »Bedrängte Jugend« von *Henriette Fernholz* (24a): wird das Problem der Führung bedrängter Jugend und das »Helferproblem der Jetzzeit« vom dichterischen Standpunkt aus, mit dichterischer Kraft und Hingabe behandelt. Wir erhalten Einblicke in die Erlebnisse einer Klosterschülerin, wir verleben mit ihr die Jugendzeit in einem Internat und nehmen teil an ihren großen und kleinen Sorgen, an den Bedrängnissen und an den Versuchen ihrer Herr zu werden. Die Verf. nimmt dabei Gelegenheit, sich mit den Fragen der Psychoanalyse und der Individualpsychologie auseinanderzusetzen. In eindringlicher, künstlerischer Weise werden die Verfahrensweisen der Psychanalytiker und der Individualpsychologen dargestellt und deren Auswirkungen in persönlicher und sozialer Hinsicht beleuchtet. — Es wäre müßig, wollte Ref. hier Stellung nehmen zu den vielen in dem Buche behandelten oder gestreiften Zeitfragen: diese wird und muß bei jedem Leser individuell sein: doch — ob sie nun zustimmend oder ablehnend ausfällt — muß gesagt werden, daß kein Leser das Buch ohne starken Eindruck aus der Hand legen wird. Der Roman ist mit großem sittlichen Ernst mit feinem klugen Verständnis verfaßt worden. Er zeugt von einer trefflichen Beobachtungsgabe und einem ausgezeichnetem Einfühlungsvermögen der Verf. Ärzten und Erziehern, Eltern und allen, die ein warmes Herz für die Jugend haben, kann die Lektüre dieses Buches nur angeraten werden; es werden hier Probleme aufgezeigt und zu deren Lösung angeregt, Probleme, die die Jugend und alle ihre Freunde beschäftigen.

Rhaban Liertz (82) bietet eine Sammlung von Aufsätzen und von Gastvorlesungen an deutschen und ausländischen Hochschulen. Einleitung:

Die »Nervosität«, Schwererziehbarkeit und Verwahrlosung der Jugend und die seelischen Störungen der Erwachsenen haben in den letzten Jahrzehnten erschreckend zugenommen. Dagegen ist vorbeugende Erziehung vonnöten. »Möchte dieses Buch dazu beitragen, daß die Aufmerksamkeit für diese zeitgemäßen Aufgaben nicht erlahmt und ein wirklicher Kreuzzug im Kampf gegen die Seelenleiden das Jahrhundert der Erziehung eröffnet!« Hand in Hand damit hat sich der Verf. noch eine andere Aufgabe gestellt: Die Bekämpfung des antichristlichen Zeitgeistes, »eine Aktion zur Pflege der christlichen Wissenschaft«... »Neugründung einer christlichen deutschen Universität«, enger Zusammenschluß der christlichen Gelehrten nach Art der deutschen Görres- und der österreichischen Leogesellschaft. — Im Kampfe um die Psychoanalyse: Die Krisis der Ps., Kritik der Ps., der Wahrheitskern der Ps. Die *Freud*sche Psychoanalyse wird bejaht. Verf. macht sich ihre wertvollen Errungenschaften in seinem Verfahren, das er seelenaufschließende Forschung nennt, zu eigen. Doch soweit die Psychoanalyse sich anmaßt eine Weltanschauung zu geben und soweit sie dem Pansexualismus verfällt, wird sie abgelehnt und einer scharfen Kritik unterzogen. — Seelenkrankheitskunde und Heilerziehungskunde als akademisches Lehrfach für Seelsorger, Lehrpersonen und Sozialbeamte. »Die Arbeitsgemeinschaft für Psychopathenfürsorge und -seelsorge erachtet es für zweckmäßig, daß an allen Hochschulen, Priesterseminaren, Lehrer- und Lehrerinnenbildungsanstalten, sowie an allen Instituten, denen die Ausbildung der in den verschiedenen Zweigen der Fürsorge tätigen Personen obliegt, regelmäßige fachwissenschaftliche Vorlesungen und Kurse über Psychopathologie unter besonderer Berücksichtigung der für die Praxis wichtigen Grenzfälle zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit gehalten werden...« Diese auf der Tagung des katholischen Akademikerverbandes (1923) gefaßte Entschließung wird ausführlich behandelt und es werden Vorschläge zu ihrer Durchführung gemacht. Ein vorläufiges Programm für ein Institut für Heilpädagogik wird dargelegt. — Verstehende Seelenkunde im Dienste der Erziehung: »Wirkliche verstehende Erziehungskunde, Erziehungskunst, entsteht erst dann, wenn sich ihre Gesetze und die Ursachen der menschlichen Fehler enthüllen.« Die aufschließende Seelenforschung bietet die Grundlagen dazu; sie ist eine Art Technik, das Seelenleben zu verstehen. In der Erziehung Seelischgesunder und Seelischschwacher lassen sich von ihr Fortschritte erwarten; dagegen gehört die Behandlung Seelischkranker nur in die Hand eines auf diesem Gebiete besonders ausgebildeten Arztes. Die Ziele der Erziehung und die Aufgaben des Erziehers werden im einzelnen dargestellt. — Über geschlechtliche Erziehung im Sinne verstehender Seelenkunde: »Massenaufklärung ist meist ein verfehltes Unternehmen... Aufklärung allein, ohne geschlechtliche Erziehung ist ein Bruchstück und für das Kind unbefriedigend... Die geschlechtliche Erziehung muß heute leider noch bei Eltern und Erziehern beginnen... Die Elternaufklärung muß etwas Selbstverständliches werden... Die schulmäßige Aufklärung ist nur ein ausnahmsweise anzuwendender Notbehelf.« — Die Seelenaufschließung im Dienst der Heilerziehung und Fürsorge: »Der seelenaufschließende Heilweg sucht die Ursache auf und leitet den Kranken zum Selbstsuchen an... Zwei bedeutende seelenkundige Fortschritte haben wir bei der seelenaufschließenden Forschung zu verzeichnen: Erstens bestimmte sie das Unbewußte und seinen Einfluß auf das Bewußtsein und zweitens schuf sie eine

wirkliche Traumforschung.« Zwei Beispiele aus der Gerichtspraxis werden gebracht; im übrigen wird auf die ausführlichen Schriften des Verf. verwiesen.

Aus dem reichen Inhalte des Jahrbuches 1929 des Landeserziehungsheimes St. Josef in Landau-Queichheim/Pfalz interessieren hier folgende vier Aufsätze: *Schmidt* (S. 157*), Was muß der Erzieher von der Postenzephalitis wissen? — *Klüber* (S. 149*), Die Bedeutung der enzephalitischen Folgezustände für Schule und Allgemeinheit. — *Moll* (90a): Heilpädagogische Erfahrungen an postenzephalitischen Kindern. — *Hohl* (51), Psychohygienische Fragen in der Jugenderziehung. — *Schmidt* bringt nach einem kurzen historischen Überblick eine ausführliche Schilderung des Verlaufes der Enzephalitis und ihres Überganges in das chronische Stadium und zeigt an zwei Beispielen die Schwierigkeit, die mitunter die Erkennung der postenzephalitischen Störung macht. — *Klüber* behandelt zunächst die schulpflichtigen Postenzephalitiker: fast immer ist Sonderbeschulung und Behandlung in einem eigenen Heim nötig; auch sind sie nicht, besonders bei vorhandenen Charakterveränderungen, zum Unterricht in der Hilfsschule geeignet. An Beispielen wird dann die straf- und zivilrechtliche Bedeutung der postenzephalitischen Zustände, die Bewertung der Zeugenaussagen, die Fragen der Ehescheidung und der Invalidität erörtert. Bei Nachweis von psychischen — nicht bei nur Nerven- oder körperlichen — Störungen sind sie meist wie Geisteskrankheiten zu beurteilen. — *Moll* tritt der Anschauung bei, daß bei schweren Fällen der Postenzephalitis die Erziehungserfolge gleich Null sind, daß aber in weniger schweren Fällen eine wesentliche Besserung möglich ist. Vor allem Erziehungsschwierigkeiten bereitet der große Egoismus und die daraus entspringende übermäßige Empfindlichkeit, sowie die abnorme Geschäftigkeit. Die erzieherischen Richtlinien können sich nur aus der Praxis ergeben. Vor allem ist gegen egoistische Regungen und gegen die Empfindlichkeit anzukämpfen, insbesondere durch Gewöhnung an Selbstbeherrschung. Suggestive Einwirkungen, unauffällige Überwachung im Verein mit den sonstigen Maßnahmen eines Erziehungsheimes sind hier angezeigt. — Hohl behandelt vor allem die Psychohygiene der Entwicklungshemmungen, der Schwachsinnsformen und der Psychopathien. Er geht kurz auf die Vererbung dieser Störungen und auf die Erscheinungsweisen der Psychopathie ein und weist auf die Wichtigkeit einer frühzeitigen Hinzuziehung eines Facharztes und Heilpädagogen hin, auf Erziehungsberatung und (bes. bei Schwachsinnigen) auf rechtzeitige Unterbringung in der Hilfsschule. Die *Henz*eschen Vorschläge werden unterstrichen: Beschulung der Schwachsinnigen aus der Umgebung in der Hilfsschule der nächstgelegenen Stadt, Bereitstellung von Beförderungsmitteln; evtl. Errichtung von Kreishilfsschulen mit Internaten. Alle Orte mit 10000 Einwohnern müßten zum mindesten eine einklassige Hilfsschule haben. Erlaß eines Hilfsschulgesetzes.

Dahlström (18a): Darlegung des zahnradartigen Ineinandergreifens von Erbeigenschaften und Milieu. Instinktmäßig sucht das Individuum das ihm den Erbanlagen nach gemäße Milieu, so daß sich eng verfilzte Wechselwirkungen ergeben. Einfluß der Sexualhormone: mehrere imbezille, impulsive, aggressive Psychopathen wurden nach Entfernung der Ovarien ruhiger. Angeborener Charakter kann durch Krankheit (also exogenen, Milieu-Faktor) verändert werden (Enzephalitis). Klima, Jahreszeit, Land-

schaft haben ihre kriminogene Bedeutung. Milieuwirkung in weiterem Verstand sind auch die Konjunkturschwingungen. Von großem Einfluß ist namentlich in der Kriminalität die psychische Infektion (Wohnungselend). Ein Kind steckt 50 andere mit sexueller Betätigung an, nach Entfernung des einen war die Klasse bald wieder brav. Zwei Jungens verführten die Hälfte einer Klasse zu Diebstählen, nach ihrer Entfernung herrschte bald wieder Ordnung, außer den beiden Urhebern sind alle Klassenkameraden ordentliche Leute geworden. Es besteht ein fester Stamm asozialer Individuen, die die Infektionsquelle sind, daneben gibt es eine Menge verhältnismäßig harmloser »Angesteckter«. Wie es den angesteckten Fürsorgekindern später geht, hängt davon ab, wie lange und intensiv sie mit der Ansteckungsquelle in Berührung waren. Am Schicksal von 335 behördlich aus ihrem schlechten Familienmilieu entfernten Kindern wird eindeutig gezeigt, daß der schon früher von *Dahlström* betonte Satz richtig ist, daß man bei Entfernung vor dem 8. Lebensjahr die Mehrzahl der Kinder zu sozialen Individuen machen kann, während über ein Drittel (37,89%) der nach dem 8. Lebensjahr aus dem schlechten Milieu entfernten Knaben später mit dem Strafgesetz in Konflikt gerät, gegen nur etwa ein Siebentel (14,63%) der rechtzeitig entfernten. Ebenso liegen die Verhältnisse bei den Mädchen, 1,64% vor dem 8. Lebensjahr, 12,7% nach dem 8. Jahr. Dabei repräsentieren die Kinder, die vor dem 8. Lebensjahr entfernt werden, sicher schon eine Auswahl mit schlechten Erbeigenschaften, da dies wegen des Benehmens der Eltern geschieht, während die nach dem 8. Lebensjahr entfernten wegen ihres eigenen schlechten Benehmens entfernt werden. Der alte Jesuit hat Recht, der sagte: Laß mir das Kind, bis es 7 Jahr alt geworden ist, und ich behalte es fürs ganze Leben.

Carrière.

Der von *Pacheco e Silva* und *de Castro Filho* (96) mitgeteilte Fall von tuberöser Sklerose betraf eine 15jährige Brasilianerin, die seit dem Alter von 3 Monaten an epileptischen Anfällen litt und verblödet war; im Gesicht fand sich Adenoma sebaceum. Bei der Sektion konnte die Diagnose bestätigt werden. *Jolly.*

H. Rosenhaupt (102): Fürsorgeerziehung dürfe nicht nur Unterbringung in eine geeignete Pflege bedeuten, vielmehr müsse die Frage der Erziehung im Vordergrund stehen. Der Arzt dürfe nicht ausgeschaltet werden. Eine gewisse Dezentralisation der Fürsorgeerziehung sei zu begrüßen. Bei schweren Intelligenzdefekten und organischen Hirnkrankheiten fehle häufig das genügende Verständnis der Vormundschaftsgerichte für Entmündigungsanträge eines Fürsorgezöglings vor Eintritt seiner Mündigkeit. Ein Bewahrungsgesetz könnte hier Abhilfe schaffen. Schwieriger sei die Beurteilung von Psychopathen. Verbringung in geordnete Familien könne guten Erziehungserfolg haben. Bei schwer Erziehbaren zeige sich nicht selten Fehlen der Mutterliebe, seelische Vereinsamung, Minderwertigkeitsgefühl als letzte Ursache des Abgleitens. Individualpsychologische Therapie wird empfohlen. Es müsse ein Vertrauensverhältnis zwischen Zöglingen und Erziehern hergestellt werden, ein guter Gemeinschaftsgeist mit Freude an der Arbeit, am Spiel und an der Belehrung. Anstaltswerkstätten müssen es ermöglichen, daß Lehrlinge ihrem Beruf in der Anstalt weiter nachgehen können. Bei guter Führung müsse der Vermerk: ehemaliger Fürsorgezögling aus den Akten gelöscht werden können. Der berufene Lehrer könne

hier der Arzt sein, der nach seiner ganzen Einstellung und Denkweise seine Einzelerfahrung nicht nach einem festen Schema bewerte, sondern Verständnis für die Vielheit der Äußerungen der einzelnen Persönlichkeiten besitze. *Adolf Friedemann.*

---

9. Neurosen und endokrine Störungen.

Ref.: M. Liebers-Zschadraß.

1. *Alurralde, M.*, u. *B. B. Spota*, Die Haupt- und Nebensymptome in der Diagnose der Fallsucht. (span.) Actas de la I. Conferencia lat.-am. de neurol. **2**, 7 (S. 226*).

1a. *Andersen, Chr., L.*, Die Katarakthäufigkeit bei Epileptikern. Acta ophth. (København.) **6**, 398.

2. *Barkman, A.*, Des symptômes extrapyramidaux dans le myxoedème. Acta med. scand. (Stockh.) **71**, 479.

3. *Bauer, C.*, Arzt und Klient bei Begehrungsneurosen. Arch. f. orthop. Chir. **27**, 123.

4. *Bauer, J.*, Zur Frage der konstitutionellen Minderwertigkeit umschriebener Hirnbezirke. Disposition zu Chorea und Narkolepsie. Wien. med. Wschr. 237.

5. *Berblinger, W.*, Physiologie und Pathologie der Zirbel. Erg. Med. **14**, I, 245.

6. *Ders.*, Zur Frage der pinealen Frühreife und der pineal bedingten genitalen Hypertrophie beim Erwachsenen. (oder Zwischenhirnschädigung). D. m. W. 1956.

7. *Bjerre, P.*, Schuld und Gnade. Allg. ärztl. Z. Psychother. 1.

8. *Boas, I.*, Meine Erfahrungen über das Wesen und die Behandlung der Magen- und Darmneurosen. M. m. W. 417.

9. *Boenheim, F.*, Über Neurasthenie. Soz. Med. 434 (S. 118*).

10. *Bonjour, J.*, L'idiosyncrasie devant le psychisme. Schweiz. med. Wschr. 557.

11. *Brahn, A.-M.*, Kapillarmikroskopische Untersuchungen bei genuiner Epilepsie. D. m. W. 183.

12. *Bychowski, Z.*, Epilepsie und soziale Fürsorge. Allg. Z. Psychiatr. **90**, 439 (S. 220*).

12a. *Caldas, M.*, Medizinisch-psychologische Untersuchung der zum Selbstmord Entschlossenen. Actas de la I. Conferencia lat.-amer. de neurol. **2**, 34 (span.) (S. 227*).

13. *Chatillon, F.*, 5 cas de grossesses suggestives. Schweiz. med. Wschr. 530.

14. *Cohn, P.*, Gemütserregungen und Herzkrankheit. Ther. Gegenw. 95.

15. *Crouzon, O.*, Le syndrôme épilepsie. Paris, G. Doin & Co. 264 S. 55 fcs.
15a. *Daneri, J.*, Erfahrungen bei Behandlung der genuinen Epilepsie. (span.) Actas de la I. Conferencia lat.-amer. de neurol. **2**, 113 (S. 226*).
16. *Dattner, B.*, Analysen zur Somatogenese der Neurosen. Kl. W. 554.
17. *Davis, Th.*, Basal metabolism and gastro-intestinal findings in epileptic patients, with a note on treatment. J. nerv. Dis. **70**, 264.
18. *Deuticke, P.*, Ein seltener Fall von Morbus Basedow. (Bei Schizophrenie.) W. kl. W. 1475.
19. *Dolin, A.*, Akromegalischer Symptomenkomplex bei Syphilis des Zwischenhirn-Hypophysensystems. Dtsch. Z. Nervenheilk. **110**, 166.
20. *Dreikurs, R.*, u. *E. Mattauschek*, Über die Verschlimmerung von alten Neurosen bei Kriegsbeschädigten aus sozialen Gründen. Z. Neur. **119**, 679.
21. *Ebinger*, Beitrag zur Brombehandlung der Epilepsie. Landarzt 418.
22. *Ebstein, E.*, Moses Mendelssohns Nervenkrankheit. Psychiatr.-neur. Wschr. 471.
23. *Edel, M.*, Über Schlaf- und schlafähnliche Anfälle, insbes. bei Narkolepsie und traumatischer Epilepsie mit Lachkrämpfen. Allg. Z. Psychiatr. **92**, 160 (S. 220*).
24. *Eliasberg, W.*, Bemerkungen zur Psychotherapie der Unfallneurosen. Ther. Gegenw. 112.
25. *Engländer, M.*, Über Hypothyreosen und ihre Behandlung mit Mikrojoddosen. Würzb. Abhdl., N. F. **4**, H. 1, Leipzig, Kabitzsch. 140 S. 10,50 M.
26. *Enke, W.*, Unfallneurose und Konstitution. Allg. ärztl. Z. Psychother. **2**, 364 (S. 220*).
27. *Ewserowa, E. K.*, Über die Pathogenese der Lipodystrophie. Z. Neur. **118**, 489.
28. *Exner, R.*, Grundumsatz und spezifisch dynamische Wirkung bei Neurosen. Z. Neur. **121**, 308.
29. *Ders.*, Sauerstoffverbrauch bei Neurosen. Z. Neur. **119**, 533.
30. *Eyrich, M.*, Zur Prophylaxe und Frühbehandlung der Sozialhysterien. D. m. W. 1513.
31. *Faerber, E.*, Klinische Beobachtungen über die Initialkrämpfe im Kindesalter. Jb. Kinderheilk. **124** (**74**), 148.
32. *Fahrenkamp, K.*, Psychosomatische Beziehungen beim Herzkranken. Nervenarzt 697.
33. *Fay, T.*, Some factors in the »mechanical theory of epilepsy« with especial reference to the influence of fluid, and its con-

trol, in the treatment of certain cases. Amer. J. Psychiatry **8**, 783.

34. *Fendel, H.*, Gedanken über funktionell, nervös, psychogen und hysterisch. Med. Welt 1653.
35. *Feriz, H.*, Ein Fall von »Freitags-Neurose« aus dem Jahre 1768. Arch. f. Psychiatr. **88**, 612 (S. 224*).
36. *Flatau, Th.*, Die Behandlung des Stotterns. Med. Welt 1798 (S. 221*).
37. *Ders.*, Zur Klinik des Stotterns. Med. Welt 1241.
38. *Forschner, L.*, Neurotische Kontraktur des Kiefergelenks nach Peritonsillarabszeß. M. m. W. 2012.
39. *Forster, E.*, Tagesfragen. (Hysterie.) Mschr. Psychiatr. **74**, 129 (S. 221*).
40. *Frank, C.*, Über die Pathogenese der funktionellen Kriegssprachstörungen. Festschr. f. E. Flatau, Warschau, Neumann u. Tomaszewski. 16 S. (S. 221*).
41. *Frank, D. B.*, Intentionales Stottern und Klarheit des Bewußtseins. Z. Neur. **123**, 47.
42. *Frankl, S.*, Hysterie in der Epilepsie. W. kl. W. 1499 (S. 221*).
43. *Friedemann, A.*, Diätbehandlung der Epilepsie. Ärztl. Rdsch. 36 (S. 227*).
44. *Friedjung, J.*, Erziehung und Kinderheilkunde. W. m. W. 366.
45. *Fries, M.*, Probleme des Verhaltens bei Kindern unter 3 Jahren. Internat. Z. Individ.psychol. 296.
46. *Frisch, F.*, Zur Behandlung des Status epilepticus und der gehäuften kleinen Anfälle (Pyknolepsie). W. kl. W. 626.
47. *Fröschels*, Sprach- und Stimmstörungen. (Bücher der ärztl. Praxis, H. 17.) Wien u. Berlin, J. Springer. 66 S. 2,40 M.
48. *Gallus*, Die Behandlung der Epilepsie mit ketogener Diät. Psychiatr.-neur. Wschr. 593 (S. 221*).

48a. *Gerlich, F.*, Therese Neumann von Konnersreuth. München, Kösel u. Pustet. 2 Bde. 730 S. 19,— M.

49. *Goldbeck-Löwe*, Über die Rolle der Kapillarmikroskopie bei der Beurteilung von angeblichen »traumatischen Neurosen«. M. m. W. 491.
50. *Goldenberg* u. *Goldowskaja*, Die sozial-sittlichen Lebensbedingungen der Epileptiker. Z. Neur. **121**, 780.
51. *Gräfenberg, E.*, Die Reichweite des psychogenen Faktors in der Frauenheilkunde. Allg. ärztl. Z. Psychother. **2**, 665.
52. Die graphologische Beurteilung von Stotterer-Handschriften. Med. Welt 1631.
53. *Gruhle, H. W.*, Epilepsie und epileptische Symptome. Ergeb. Med. **14**, 117 (S. 221*).
54. *Guttmann, E.*, Die Affektepilepsie. Z. Neur. **119**, 377.

55. *Guttmann, I.*, Beitrag zur Epilepsiestatistik. Z. Neur. **118**, 500.
56. *Hansen*, Bericht über einen stotternden Knaben. Z. pädag. Psychol. 221.
57. *Hansen, K.*, Zur Frage der Psycho- oder Organogenese beim allergischen Bronchialasthma und verwandten Krankheiten. Nervenarzt 633.
58. *Hartoch, W.*, Zur Behandlung vasoneurotischer Schmerzattacken. (Tachalgan.) M. m. W. 1921.
59. *Haupt, W.*, Zur Frage der Schwangerschaftsunterbrechung wegen Status epilepticus. Mschr. Geburtsh. **83**, 16.
60. *Heise, R.*, Nervosität, Lebens- und Seelenkonflikte. Konstanz, Heises Verl. Teil 1: 215 S., 6,50 M.; Teil 2: 235 S., 8,— M.
61. *Heisler, A.*, Selbstheilung einer Neurose. Ärztl. Rdsch. 65.
62. *Hitschmann, E.*, Vom Zwangsimpuls zum Fenster hinauszuspringen. Ars medici 143.
63. *Hoche*, Die »Unfall- (Kriegs-)Neurose«. (Arbeit u. Gesundheit. Schr.reihe z. Reichsarbeitsbl. H. **13**, 55, Berlin, Hobbing.)
64. *Hoff, H.*, u. *T. Hoffmann*, Beitrag zur Genese der epileptischen Aura. Z. Neur. **121**, 763.
65. *Hoffmann, H.*, Reaktive Psychosen u. Neurosen. Fortschr. Neur. 174. (Allg. Z. Psychiatr. **90**, 242.)
66. *Hoffmann, J.*, Vereinfachte Behandlung des Bettnässens. (Recresal) Psychiatr.-neur. Wschr. 259.
67. *Hoffstaedt, E.*, Die vegetative Neurose. Med. Welt 1147.
68. *Hofmann, H.*, Über künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft im Status epilepticus. Z. Geburtsh. **95**, 72.
69. *Iljin, A. W.*, Über die Psyche der Epileptiker. Z. Neur. **119**, 17.
70. *Isserlin, A.*, Angioneurotische Störungen nach Hirnverletzung. Heilung unter Insulin-Einfluß. Arch. f. Psychiatr. **87**, 845.
71. *Jacobi, E.*, Myxoedem u. Psychose. Arch. f. Psychiatr. **86**, 426 (S. 222*).
72. *Ders.*, Psychogene Spontanblutungen der Haut. Arch. f. Psychiatr. **88**, 631.
73. *Jacoby, H.*, Die Nervosität des Alltags. Internat. Z. Indiv.-psychol. 269.
74. *Januschke, H.*, Neurasthenie, Angst und Kreislaufapparat. (Klin.-pharm. Stud.) W. m. W. 1479.
75. *Jellinek, A.*, Zur Epilepsiebehandlung mit Grana boraxata. Med. Klin. 1290 (S. 222*).
76. *Jirásek, A.*, Bemerkungen zur chirurgischen Therapie der Epilepsie. Med. Klin. 1850.

77. *Jung, F., Klages'* Stellung zum Hysterieproblem. Med. Welt 814.
78. *Kankeleit, O.,* Abort und Neurose. M. m. W. 1874, siehe auch *Heyer,* Ärztl. Ver.bl. 685.
79. *Keller, H.,* Das nervöse Kind in der Schule. Z. Kinderforschg. **35**, 412.
80. *Klein, R.,* Über Veränderungen des Anfallsbildes durch äußere Einwirkungen im Krampfanfalle. Z. Neur. **121**, 470.
81. *Klemperer, G.,* Gemütsbewegung und Herzkrankheit. Ther. Gegenw. 1.
82. *Klinkenberg, F.,* Zur Frage des Zusammenhanges zwischen »Hysterie« und Tod. Dtsch. Z. gerichtl. Med. **13**, 397.
83. *Klotz, R.,* Die Atonie der Kapillaren als organische Grundlage von Neurasthenie und Neurosen. Z. Kreislaufforschg. 153.
84. *Ders.,* Die organischen Grundlagen der Neurasthenie. Dresden, Th. Steinkopff. 15, 13 S. 1,50 M.
85. *Ders.,* Über Insuffizienz von Hypophyse u. Adrenalsystem, ein Beitrag zur Entstehung von Neurasthenie und Neurosen. Endokrinol. **4**, 277.
86. *Kogan, I. M.,* u. *L. A. Mirelson,* Über einige Eigenheiten der Luminalwirkung bei Epilepsie. Z. Neur. **118**, 621.
87. *Kraus, E. J.,* Über einen Fall von Eunuchoidismus. Med. Klin. 1741.
88. *Kraus, F.,* Experimentelle u. klinische Beiträge zur Diathermie des Zwischenhirns. Z. physik. Ther. **36**, 167.
89. *Kretschmer, E.,* Über Hysterie. 2. Aufl., Leipzig, G. Thieme. 128 S. 6,— M.
90. *Kronfeld, A.,* Über psychische Impotenz. Nervenarzt 521.
91. *Krylowa, E. N.,* Zur Frage der »endokrin-toxischen Epilepsie« (Serejski). Z. Neur. **121**, 521.
92. *Küenzi, F.,* Über das Wiederauftreten von Epilepsie unter den Nachkommen von Epileptikern. Mschr. Psychiatr. **72**, 245.
93. *Kühner, C.,* Sexuelle Neurasthenie und verwandte Leiden. Ratschläge zur Verhütung. 2. Aufl. Dresden, W. A. Schwarze. 111 S. 2,— M.
94. *Landauer, K.,* Zur psychosexuellen Genese der Dummheit. Z. Sex.wiss. **16**.
94a. *Langfeld, G.,* Eine Übersicht über die klinische Untersuchung des visceralen Nervensystems und eine Kritik des praktischen Wertes der verschiedenen Proben, gestützt auf eigene Untersuchungen. Bergen. (Beil. z. Med. Rev. Dez. 1928.) (Norw.; norw., dtsch. u. engl. Zusammenfassung.) (S. 225*.)

95. *Lehmann, H.*, Neurasthenie und soziale Lage. Soz. Med. 481 (S. 119*).
96. *Lennox, W.*, a. *St. Cobb*, The relation of certain physicochemical processes to epileptiform seizures. Amer. J. Psychiatry **8**, 837.
97. *Levy-Lenz*, Die Ursache der akuten postonanistischen Schwäche. Fortschr. Med. 83.
98. *Lichtwitz, L.*, Allgemeine Übersicht über Visceralneurosen. Klin. Wschr. 2073.
99. *Liek, E.*, Das Kropfrätsel. München, O. Gmelin. 53 S. 2,40 M. (S. 224*).
100. *Ders.*, Die Basedow'sche Krankheit. Ebda. 38 S. 1,80 M. (S. 224*).
101. *Loebell*, Palilalie oder Stottern. Z. Laryng. usw. **18**, 191.
102. *Loewenberg, E.*, Zur Frage der zerebralen Komponente in der Pathogenese der Tetanie. Mschr. Psychiatr. **74**, 94.
103. *Lorenz, O.*, Zur Diagnose des Paramyoclonus multiplex (Friedreich). Psychiatr.-neur. Wschr. 133.
104. *Lotmar, E.*, Histologische Befunde in Gehirnen von kongenitalem Myxoedem. Z. Neur. **119**, 491.
105. *Ludwig, M.*, Novoprotin bei Magen-Darmneurosen. M. m. W. 2094.
105a. *Lutz, M.*, Über einen Fall von Pseudologia phantastica und seine Heredität. Mit Stammbaumtafel. Arch. Klaus-Stiftg. Bd. **4**.
106. *Maclachlan*, Group personality in neurotics. J. of Neur. **9**, 320.
107. *v. Máday, St.*, Zur Psychologie der Lebensmüden. Internat. Z. Individ.psychol. 88.
108. *Meng, H.*, Angstneurose und Sexualleben. Dtsch. Ärzteztg. Nr. 176; Westdtsch. Ärzteztg. 606.
109. *Michalewskaja, S.*, Zur Kasuistik der psychogenen Amnesien. Z. Neur. **122**, 368.
110. *Moerchen, F.*, Die Alltagshysterie und der Arzt als Erzieher. Ärztl. Ver.bl. 647 (S. 222*).
111. *Ders.*, Hysterie ist keine Krankheit! Z. ärztl. Fortbildg. 686 (S. 222*).
112. *Ders.*, Was ist »Hysterie«? Landarzt 549 (S. 222*).
113. *Nachmansohn, M.*, Hysterie infolge Verdrängung ethischer Regungen. Allg. ärztl. Z. Psychother. 95.
114. Neues über die Epilepsie. Landarzt 414.
115. *Novak, J.*, u. *M. Harnik*, Die psychogene Entstehung der Menstrualkolik u. deren Behandlung. Z. Geburtsh. **96**, 239.
116. *Nyirö, J.*, u. *A. Jablonszky*, Einige Daten zur Prognose der

Epilepsie, mit besonderer Rücksicht auf die Konstitution. (auch Kombination mit Schizophrenie). Psychiatr.-neur. Wschr. 547 (S. 222*).

117. *Oesterlen*, »Psychogenie«. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 235.

118. *Orator, V.*, Über »hysterische« Komplikationen nach Laparotomien. Zbl. Chir. 1811.

119. *Pagniez, Ph.*, L'épilepsie. Paris, Masson & Cie. 199 S. 26,— fcs.

120. *Panconcelli-Calzia, G.*, Das Problem der Ausdrucksbewegungen in der Bekämpfung des Stotterns. Z. Laryng. **19**, 71.

121. *Patterson, H. A.*, u. *S. M. Weingrow*, Some observations on leucocyte count in epilepsy. Arch. of Neur. **21**, 412.

122. *Peiper, A.*, Die Krampfbereitschaft des Säuglings. Jb. Kinderheilk. **125** (**75**), 194.

123. *Pinoff, W.*, Erzieherische Behandlung der Nervosität. Med. Welt 1039.

124. *Pleger, W.*, Zur Arbeitstherapie bei Epileptischen. Allg. Z. Psychiatr. **90**, 351 (S. 222*).

125. *Prange, F.*, Zur Pathogenie und Therapie der männlichen Impotenz. M. m. W. 575.

126. *Rácz, E.*, Kinderfehler und Unarten. Mschr. ung. Mediziner. Jg. **3**, 57.

127. *Ramsay, J. C.*, Treatment of idiopathic epilepsy by induced malaria. J. ment. Sci. **75**, 257.

128. *Ratner, J.*, Zur Lehre der Diencephalosen. (Narko-resp. Pyknolepsiefrage.) Arch. f. Psychiatr. **86**, 525.

129. *Rechnitzer, Rosenblüth* u. *Wassermann*, Über nervöse Atemstörungen. Z. klin. Med. **109**, 613.

130. *Redlich, E.*, Zur Kenntnis der Hitzigschen Zonen bei der Tabes dorsalis. Festschr. f. *Edw. Flatau* S. 104. Warschau.

130a. *Ders.*, Kritische Bemerkungen zur Frage der Psychogenese u. Psychotherapie der Epilepsie. Nervenarzt 1 (S. 222*).

131. *Reichardt, M.*, Wann hat die jetzt herrschende Lehre von der hysterischen Reaktion in fachärztlichen Kreisen maßgebende Bedeutung erlangt? Ärztl. Mschr. 289 (S. 224*).

132. *Remé, G.*, Zur Diagnose und Prognose der Epilepsie im Kindesalter. Mschr. Kinderheilk. **45**, 228.

133. *Richter, P. F.*, Multiple Blutdrüsensklerose. (Mit seelischen Störungen.) D. m. W. 1760.

134. *Riese, H.*, Psychiatrisches und Neurologisches zum Geburtenproblem. Psychiatr.-neur. Wschr. 496.

135. *Roman-Goldzieher, K.*, Untersuchungen über die Handschrift von Stotterern. Med. Welt 1244.

136. *Rosenfeld, M.*, Die genuine Epilepsie. Neue dtsch. Klinik

(Her. G. u. F. Klemperer), Berlin u. Wien, Urban u. Schwarzenberg, 3, 222 (S. 223*).
137. *Rothe, K.*, Das Entwicklungsstottern als sprachneurotischer Prozeß. Z. pädag. Psychol. 565.
138. *Rubensohn, E.*, Ist Hysterie bzw. deren Folgen schadenersatzpflichtig? Fortschr. Med. 79.
139. *Ruffin, H.*, Über die Gewinnung von Erlebnisinhalten des epileptischen Anfalls- und Ausnahmezustandes mit Hilfe von Wachsuggestion und Hypnose. Dtsch. Z. Nervenheilk. **107**, 271.
140. *Ruschke, K.*, Tetanoider hysterischer Anfall. Med. Welt. 890.
141. *Sack, W. Th.*, Zur Kasuistik u. Problematik psychogener Dermatosen. Nervenarzt 86.
142. *Salinger, F.*, Beitrag zur Frage der Rentenneurosen. Allg. Z. Psychiatr. **92**, 191 (S. 223*).
143. *Savitsky, N.*, a. *Ph. Goodhart*, Significance of infection in the vegetative symptomatology of the neuroses. J. nerv. Dis. **69**, 53.
144. *Schauer, F.*, Über den Begriff der Verantwortung. Internat. Z. Individ.psychol. 95.
145. *Schiegg, A.*, Die Übungstherapie in der Stimmheilkunde. Hilfsschule 213.
146. *Schilder, P.*, The somatic basis of the neurosis. J. nerv. Dis. **70**, 502.
147. *v. Schnizer*, Traumatische Neurosen. Med. Klin., Nr. 19, Anzeigenteil, S. 17.
148. *Schönbauer, L.*, Experimentelles und Klinisches zur Frage der Epilepsie. Arch. klin. Chir. **154**, 693.
149. *Scholz, W.*, Genuine Epilepsie und Hirnprozeß. Klin. Wschr. 1087.
150. *Schou, H. I.*, u. *C. Clemmesen*, Inanition gegen Epilepsie in 100 Fällen angewendet. Acta psychiatr. (København.) **4**, 243.
151. *Schretzmann, O.*, Körperbauuntersuchungen an Epileptikern. Allg. Z. Psychiatr. **91**, 423 (S. 223*).
152. *Schuberth, K.*, Über einen Symptomenkomplex bei vegetativ Stigmatisierten. W. kl. W. 585.
153. *Schüller, A.*, Röntgenuntersuchung des Kopfes bei Epilepsie. Röntgenpraxis 742.
154. *Schultz, J. H.*, Beruf und Nervosität. Allg. ärztl. Z. Psychother. **2**, 232.
155. *Schultz-Hencke, H.*, Der neurotische Charakter. Med. Welt 1683.
156. *Schwab, G.*, Hysterie im Kindesalter und ihre Behandlung. Allg. ärztl. Z. Psychother. **2**, 72.

157. *Schwartz, L.*, Berufstätigkeit und Nervosität. Schweiz. Z. Hyg. 223.
158. *Schwarz, H.*, Zirkumskripte Hypochondrien. Mschr. Psychiatr. **72**, 150 (S. 223*).
159. *Schwarzmann, J. S.*, Differentialdiagnostische Abgrenzung der Herzneurosen. Z. Kreislaufforschg. 577, 680.
160. *Siegfried, K.*, Neurasthenie, Neurose, Hysterie in ihrer Bedeutung für den praktischen Arzt. Med. Welt 999.
161. *Silbermann, J.*, Über eine eigenartige Störung der vegetativen Zentren. Z. Neur. **118**, 752.
162. *Sittmann*, Unfallneurose. Bayer. Ärzteztg. 361.
163. *Speer, E.*, Die reaktive Seelenstörung. D. m. W. 1668.
164. *Speranski, W. N.*, Innere Sekretion und psychische Prozesse. Übers. v. *Weinberg*. Berlin, S. Karger. 150 S. 12,— M.
165. *Stadelmann, H.*, Taschenbuch für Nervöse. Dresden, O. Laube. 187 S. 3,50 M.
166. *Stawrowskaja, M.*, Über die Ergebnisse der Behandlung der Epilepsie mit Gehirnemulsion. Mschr. Psychiatr. **74**, 221.
167. *Stein, F. W.*, Hypotonia nervosa, ein konstitutionelles Krankheitsbild. Med. Klin. 180.
168. *v. Stockert, F. G.*, Klinik und Ätiologie der Kontaktneurosen. Kl. W. 76.
169. *Stransky, E.*, Zum Problem und zur Klinik der Schlaf- und Tonusverlustanfälle. W. kl. W. 612.
170. *Strauss, H.*, Über chronische systematisierte Wahnbildung bei Epilepsie. (Zugleich Beitrag zur Paranoialehre.) Arch. f. Psychiatr. **87**, 784 (S. 223*).
171. *Strobl, A.*, Über einen Fall von Migräne mit tetanieartigen und epileptiformen Symptomen. Mschr. Kinderheilk. **45**, 68.
172. *Szondi, L.*, u. *H. Lax*, Über die alimentäre, glykämische Reaktion bei Neurasthenie. Z. exper. Med. **64**, 274.
173. *Talmud, J. L.*, Eingriff in die rezeptorische Zone des pathologischen Assoziationsreflexes. (Cremasterkrampf) Z. Neur. **118**, 414.
174. *Ders.*, Peripherie und Zentrum in der Epilepsielehre. Nervenarzt 591.
175. *Tramer, M.*, Kasuistisches zur Frage der psychogenen Unfallkonstellation. Schweiz. m. W. 1398.
176. *Trautmann, E.*, Klinische Untersuchungen zu einer topischen Diagnostik des Kopfschmerzes. Dtsch. Z. Nervenheilk. **110**, 67.
177. *Trömner, E.*, Neue Auffassung vom Stottern. Dtsch. Z. Nervenheilk. **111**, 182.
178. Die »Unfall-(Kriegs-)Neurose«. Vorträge und Erörterungen.

Schriftenreihe zum Reichsarbeitsblatt, her. v. Martineck, H. 13. Berlin, Hobbing. 144 S. 4,20 M.
179. Die Unfallneurose. Her. v. W. Riese. Stuttgart, Hippokrates-Verl. 261 S. 8,50 M. (S. 224*).
180. *Villinger, W.*, Zur medikamentösen Behandlung der Epilepsie. Med. Welt 1227.
181. *Weiler*, Zur Behandlungsfrage der hysterischen Rentenempfänger. Bayer. Ärzteztg. 224.
182. *Weingrow, S.*, Hepatic percussion zones in essential epilepsy. J. nerv. Dis. **70**, 51.
183. *Ders.*, The interparoxysmal respiratory rate of epileptics. J. nerv. Dis. **70**, 373.
184. *Werther*, Die psychogenen Dermatosen. Z. ärztl. Fortbildg. 341 (S. 225).
185. *Wexberg, E.*, Die Grundstörung der Zwangsneurose. Z. Neur. **121**, 236.
186. *Weygandt, W.*, Endokrine Vererbung. M. m. W. 93.
187. *Wietfeld, H.*, Blasphemiezwang. Allg. ärztl. Z. Psychother. 89.
188. *Winokurowa, A. I.*, Die Reaktion der gesunden und kranken Persönlichkeit auf die Erlebnisse beim Erdbeben in der Krim 1927. Z. Neur. **122**, 376.
189. *Zechlin, Th.*, Die Beziehungen der *Selter-Swift-Feer*schen Krankheit zu dem epidemischen Schweißfriesel. Jb. Kinderheilk. **124**, 195 (S. 223*).
190. *Zehrer, H.*, Zur Klinik der Narkolepsie. Allg. Z. Psychiatr. **92**, 263 (S. 224*).
191. *Zieliński, M.*, Zur Frage der epileptischen Konstitution. Z. Neur. **123**, 147.
192. *Zweig, W.*, Die Neurosen des Darms. D. m. W. 1555.

Bychowski (12) tritt für eine planmäßige soziale Fürsorge der chronischen Epileptiker ein und fordert die Einrichtungen von öffentlichen Fürsorgeeinrichtungen und Beratungsstellen, wie sie schon für Tuberkulöse bestehen. Epileptiker sollten nach Möglichkeit nicht zur Heirat zugelassen werden.

Edel (23) berichtet über eine Reihe von narkolepsie-artigen Zuständen, die teils selbständig, teils bei verschiedenen Erkrankungen des Nervensystems und der Psyche symptomatisch auftraten. Als Ursache kommen funktionelle Störungen in den subkortikalen Zentren dafür in Betracht.

Enke (26) untersuchte 200 Unfallneurotiker und fand bei ihnen gegenüber den Zahlenverhältnissen bei Normalen eine leichte Abschwächung der Pyknikerzahl und leichte Vermehrung der Leptosomen und Dysplastiker. Psychopathen und hysterische Merkmale fand er in 73% seiner Fälle, in 15% epileptiforme Anfälle sowie epileptoide Charaktereigenschaften, 96% gehörten zu den primitiv-triebhaften und 4% nur zu den rational-zweckvollen Persönlichkeiten im Sinne *Kretschmers*. 50% zeigten aus-

weichende Lebenseinstellung, d. h. Neigung zur Unechtheit, zur Selbsttäuschung, Verstellung und »Flucht in die Krankheit«. In 27% fanden sich Persönlichkeiten mit expansiver Lebenseinstellung, das sind Menschen, bei denen nach außen hin eine Lebenseinstellung mit Neigung zu Selbstüberschätzung und Rücksichtslosigkeit vorherrscht. Psychasthenische Persönlichkeiten mit vorwiegendem Gefühl der Unterlegenheit und des Erleidens fanden sich in 13% der Fälle und in 5% sensitive Persönlichkeiten. Sexuell abnorm waren 20%. Der Rentenwunsch ist nicht die einzige Triebkraft der Neurose. Oft sind Unfallneurotiker mit Frauen von ausgesprochenem virilen Charakter verheiratet. Kein einziger Unfallneurotiker zeigte sich frei von psycho-neuropathischen Merkmalen.

Flatau (36) hält neben allgemeinen roborierenden Maßnahmen vor allen Dingen atemrichtende Übungen und Übungen mit der *Kuhn*schen Saugmaske, sowie Sprechübungen nach *Liebermann* und *Gutzmann* und das Verfahren von *Fröschels* für am erfogreichsten in der Therapie, und nicht die alleinige Psychotherapie.

Forster (39) wendet sich in seinen Ausführungen gegen Foerster, der einmal ausgesprochen hat, daß es doch vielleicht noch einmal eine Anatomie der Hysterie geben könnte, allerdings nicht im Sinne eines exogenen Krankheitsprozesses, aber im Sinne einer Verminderung der Faserzahl bestimmter Systeme des Nervensystems oder im Sinne einer Abwegigkeit des architektonischen Gefüges bestimmter Grisea.

Frank (40) setzte sich mit den verschiedenen Theorien des Stotterns auseinander, besonders den Ansichten von *Kußmaul, Gutzmann, Fröschel, Höpfner* und anderen, und schließt sich selbst auch der Auffassung an, daß eine primordiale psychogene Emotion wie Schreck usw. und in zweiter Linie ein ideogenes Verarbeiten und Fixieren als Ursache der funktionellen Kriegssprachstörungen in Frage kommen. Das Stottern ist schließlich eine Form von Dyspraxie oder umschriebener Apraxie.

Frankl (42). Hysterische Symptome gesellen sich nach Frankl zu einer Epilepsie hauptsächlich nach der Pubertät, nach der ersten Menstruation, Gravidität oder Laktation. Auch nach epileptischen Anfällen treten oft hysteriforme Krämpfe noch auf. Die Hysterie unterfärbt und verlängert die Anfälle. Auch durch Hyperventilation lassen sich neben epileptischen Anfällen auch hysteriforme Krankheitserscheinungen erzielen. Durch genaue psychologische Beobachtung und ausgiebige Anamnese können die hysterischen Symptome von den epileptischen abgesondert und erkannt werden.

Gallus (48) erzielte bei 17 Fällen von Epilepsie durch eine ketogene, fettreiche, eiweiß- und kohlehydrat-arme Diät nach *Wilder* mit starker Azetonreaktion im Urin günstige Erfolge bei nur 3 Fällen. Er weist ferner auf die von amerikanischen Autoren empfohlenen 8—14tägigen Hungerkuren (dabei täglich nur 1—2 Ltr. warmes Wasser mit Geschmackkorrigens versehen) hin, die ein Sistieren der Anfälle bewirkten. Offenbar begünstigt auch die ketogene Diät eine Säurung, die dann wie die Hunger-Azidosis wirkt. Vielleicht bewirkt die narkotische Wirkung des sich bildenden Azetons den Rückgang der Anfälle. Die Azetonkörperbildung ist aber jedenfalls nur ein Exponent einer Reihe anderer wirksamer Stoffwechselstörungen.

Gruhle (53). Die Abhandlung von *Gruhle* bringt eine kurze Über-

sicht über den heutigen Stand der ganzen Epilepsiefrage. Die Symptomatologie wird namentlich auch gegen die Grenzgebiete hin übersichtlich und erschöpfend geschildert. Die Affekt-Epilepsie rechnet Verfasser den psychogenen Symptomen zu. Psychogene Traumen allein können nur bei vorher vorhandener Epilepsie-Veranlagung Krämpfe verursachen. Die Therapie muß in erster Linie die den Kranken am meisten schädigenden Anfälle zu beseitigen suchen. Luminal allein bewirkt öfters Ausnahmezustände. In Kombination mit Brom bei Kochsalzeinschränkung dürften auch heute noch die meisten Erfolge bei Epilepsie erzielt werden.

Jacobi (71). Bei einer 31 jährigen erblich nicht belasteten Basedowpatientin *Jacobi*s trat nach einer Schilddrüsenoperation eine schizophrenieähnliche Psychose auf, bestehend in Angstgefühlen, plötzlichen Erregungen, paranoiden Ideen und dann noch in depressiven Hemmungen mit myxödematösen körperlichen Veränderungen. Thyreoidin brachte keine Besserung. Verfasser mahnt zur Vorsicht bei allen partiellen Schilddrüsenoperationen und überhaupt bei allen operativen Eingriffen am endokrinen System.

Jellinek (75) empfiehlt für die Epilepsiebehandlung das Bor in der Form der Grana boraxata und sah bei 27 Fällen recht günstige Wirkungen.

Moerchen (110). Nur reife und starke Persönlichkeiten mit ausgesprochenem Pflicht- und Verantwortungsgefühl werden nach *Moerchen* die infantile Tendenz, aus der Krankheit Gewinn zu ziehen, unterdrücken können, nicht aber der Hysteriker, der in dieser Beziehung eine infantile unentwickelte Persönlichkeit darstellt. Der Arzt hat nun die Aufgabe, energisch gegen diese Tendenz Gewinnmöglichkeiten aus einem Leiden einzuheimsen zu kämpfen, und muß so die durch die soziale Versicherung drohende Gefahr zu verhüten suchen.

Moerchen (111). *Moerchen* fordert der Hysterie gegenüber auch eine ethische Betrachtungsweise durch den Arzt. Ohne eine gewisse Härte im Umgang mit Hysterischen wird man nicht auskommen können. Wir müssen von ihnen gewisse ethische Postulate verlangen. Eine erzieherische Haltung des Arztes dem Hysterischen gegenüber ist eine sittliche Forderung.

Moerchen (112). Neurose ist nach *Moerchen* schicksalsmäßiges krankhaftes Geschehen, Hysterie eine besondere Art des Erlebens von wirklicher Krankheit. Entscheidend für die Feststellung des hysterischen Erlebens ist die Frage: Wie steht die Gesamtpersönlichkeit des »Leidenden« ethisch zu dem Leiden. Der Hysterische will Gewinn aus seinem Leiden erzielen, dem muß der Arzt erzieherisch entgegen wirken.

Nyirö und *Jablonszky* (116) fanden ziemlich häufig Kombinationen von Schizophrenie und Epilepsie. Mit Schizophrenie kombinierte Epilepsie zeigte eine bessere Prognose und günstigere Heilungsaussichten als wie die reinen Fälle von genuiner Epilepsie.

Pleger (124) berichtet über seine günstigen Erfahrungen mit der Arbeitstherapie bei Epileptischen.

Redlich (130a). Epileptische Anfälle können nach *Redlich* durch psychische Schädlichkeiten, besonders durch emotionelle Erregungen, ausgelöst werden. Psychische Faktoren sind ferner bei Fällen von Pyknolepsie (nach *Friedmann* bei Kindern vom 6.—13. Lebensjahr), bei den respiratorischen Affektkrämpfen von *Ibrahim* von Bedeutung. Eine wirkliche Psy-

chogenese, eine wirkliche Bedingtheit der Epilepsie durch psychische Schädigungen, wie *Steckel* und *Adler* annehmen, erkennt Verfasser nicht an. Auch wendet er sich gegen die alleinige psychoanalytische Behandlung ohne antiepileptische Mittel.

Rosenfeld (136): Nach *Rosenfeld* wird die Bewußtlosigkeit des epileptischen Anfalles bedingt durch pathologische Vorgänge im Hirnstamm und besonders im Gebiete um den dritten und vierten Ventrikel. Die tonische Komponente geht vom Hirnstamm und die klonische von der Rinde aus. Störungen des Säurebasengleichgewichts sind sicher von Bedeutung. Dann werden genauer die Symptomatologie des Anfalles, Dämmerzustand, Amnesie, die poriomanischen und dipsomanischen Zustände, Verlauf und Prognose, sowie Differentialdiagnose der Epilepsie besprochen. Narkolepsie und Pyknolepsie werden als selbständige Erkrankungen von der Epilepsie abgetrennt. Zum Schluß werden noch die Behandlung und anatomische Befunde des Leidens erwähnt.

Salinger (142) berichtet über einen Fall von sogenannter Unfallneurose, wo nach Ablehnung der Rentenansprüche eine Verschlimmerung durch Eintreten eines Verfolgungswahnes eintrat. Nicht alle Unfallneurotiker sind Simulanten und Betrüger. Viele leiden sehr an ihren Beschwerden und bedürfen der ärztlichen Hilfe.

Schretzmann (151) fand, daß sich symptomatische und genuine Epilepsie in gleicher Weise an den unter den verschiedenen Körperbautypen vorkommenden Legierungen beteiligt.

Schwarz (158) beschreibt 5 Fälle, bei denen es infolge illusionärer Umdeutungen von Hautsensationen, bei negativen internistisch-neurologischen Befunden zur wahnhaften Annahme von Tieren, Läusen und Bakterien kam. Es blieb aber bei diesen zirkumskripten hypochondrischen Befürchtungen. Dabei bestanden keine Beeinträchtigungsideen und Neigung zu Eigenbeziehungen, es fehlte die Projektion der Beschwerden in die Außenwelt, wie bei den präsenilen Psychosen. Es handelt sich um syntone, affektiv prompt reagible Personen ohne Neigung zu hypomanischer Affekteinstellung. Zusammenfassend führt er dann weiter aus, daß diese Fälle von zirkumskripten Hypochondrien doch den manisch-depressiven Erkrankungen einzuordnen sind.

Strauss (170) bringt einen Fall von Epilepsie bei einer Patientin, die auch in den klaren Zeiten immer die chronisch fixierte Wahnidee, »ihr Töchterchen sei nur ein untergeschobenes«, äußert. Es handelt sich dabei nicht um einen Residualwahn. Der Wahn war vielmehr in luzidem Zustand konzipiert worden. Da Patientin einen Knaben erwartet hatte, wird die gemütliche Enttäuschung auf katathymen Wege zur Wahnbildung geführt haben. Die Wahnbildung bringt ihr die autistische Wunscherfüllung.

Zechlin (189): Die Arbeit *Zechlins* bringt eine Mitteilung über 6 Fälle der *Selter-Swift-Feer*schen Krankheit, die sich äußert in Verstimmung, Schlaflosigkeit, starken Schweißen, Zyanose der peripheren Teile, Frieselexanthemen, Muskelerschlaffung, Tachykardie und Erhöhung des Blutdrucks. Betroffen werden meist Kinder von 1—5 Jahren, hauptsächlich in Dörfern und einzelnen Gehöften. Die Krankheit ist mit dem Sudor anglicus, der in Epidemien im 15. und 16. Jahrhundert auftrat, wesensverwandt. Sie gehört zu den neurotropen Ectodermosen und hat Beziehung zu dem epidemischen Schweißfriesel.

Zehrer (190) teilt 3 Fälle von Narkolepsie mit *Horner*schem Symptomkomplex und unbeeinflußbarem Schwanken der Lautstärke beim Sprechen, Paraphasien in dem 1. Falle und Schwinden der Libido und der Potenz mit.

Reichardt (131) gibt einen kurzen Überblick über die Wandlungen in den Auffassungen von der Hysterie in den letzten 20 Jahren unter besonderer Berücksichtigung der Unfall- und Kriegsneurosen.

Feriz (35) beschreibt einen Fall von »Freitags-Neurose« aus dem Jahre 1768. Es handelte sich um ein Mädchen von 16 Jahren, das alle Freitage, vormittags zwischen 9 und 12 Uhr hysterisch neurotische Ausnahmezustände mit religiösem Affekt bekam.

Nach kurzen historischen Bemerkungen über das Wesen der *Basedow*schen Krankheit geht *Liek* (100) auf die heutigen Anschauungen näher ein. Anatomisch findet sich meist eine Vermehrung des Follikelepithels der Schilddrüse, zahlreiche Lymphozytenherde, herabgesetzte Jodspeicherung in der Schilddrüse mit Erhöhung des Jodspiegels im Blut. Näher wird dann die klinische Symptomatologie der Erkrankung geschildert. Es kann heute nicht mehr eine Schilddrüsenerkrankung als primäre Ursache des Leidens angenommen werden, sondern nur als Symptom einer allgemeinen, konstitutionellen Störung, hauptsächlich im Sympathikusgebiet. Seelische Traumen als auslösende Ursache sind nicht von der Hand zu weisen. Therapeutisch empfiehlt sich bei leichteren Fällen eine interne medikamentöse und seelische Behandlung und eine Schilddrüsenoperation dann, wenn nach 6 Monaten keine Besserung erzielt worden ist.

Liek (99) weist in dieser leichtflüssig geschriebenen Broschüre zunächst darauf hin, daß der Kropf ein uraltes Leiden ist, das schon Hippokrates genau gekannt und beschrieben hat. Regionär ist es sehr verschieden verbreitet. Jedes Land hat gewissermaßen seinen eigenen Kropf, so daß z. B. der Schweizer Kropf sehr verschieden ist vom Kropf der norddeutschen Tiefebene usw. Im Danziger Gebiet zeigten 14—16% der Schulkinder eine vergrößerte Schilddrüse. Es werden dann die Wasser-, Boden- und parasitäre Theorien kurz erörtert. Die heute vorherrschende Theorie ist die Jodmangel-Theorie. Sie hat das meiste für sich, wie genauer ausgeführt wird. Für ihre Richtigkeit spricht auch der Erfolg der Jodprophylaxe. Es muß aber außerdem noch eine angeborene und vererbbare Konstitution für die Entstehung des Leidens angenommen werden. Die Jod-Therapie zeigte auch in Danzig große Erfolge, sie bedarf aber wegen der Gefahr des Jod-Basedow bei Überdosierung genauester Kontrolle. Als ganz gelöst kann das Rätsel der Kropfkrankheit auch heute noch nicht bezeichnet werden.

Riese, Die Unfallneurose (179). Das interessante Werk bringt eine Reihe von sehr lesenswerten Aufsätzen verschiedener Autoren, die vom medizinischen und juristischen Standpunkte aus Stellung nehmen gegen die herrschende und durch die bekannte Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom Jahre 1926 zum Ausdruck gebrachte Lehre von der durch die Sozialversicherung allein bedingten Entstehung der Unfallneurosen. Eine durch Annahme von Begehrungsvorstellungen und ähnlichen seelischen Mechanismen bedingte Bindung der gutachtlichen Auffassung an sogenannte »grundsätzliche Entscheidungen« wird abgelehnt. Jeder Fall muß individuell genauestens nach psychologischen und soziologischen Gesichtspunkten be-

gutachtet werden. In jedem Falle muß eine besonders individuell ausgewählte Psychotherapie angewendet werden, und der nicht geheilte und nicht geschädigte Unfallneurotiker muß Gegenstand besonderer Fürsorge werden. Es müssen solche Lebens- und Arbeitsbedingungen geschaffen werden, die die Entstehung der Unfallneurose vermindern, resp. erschweren.

Werther (184) gibt eine gedrängte, aber sehr deutliche Schilderung der Entstehungsweise und des klinischen Bildes der mit erregenden Erlebnissen in Zusammenhang stehenden Hauterkrankungen, zunächst der durch nervöse Juckgefühle verursachten, und dann ausführlicher der durch psychogen bedingte vasomotorische Reflexe entstandenen. Auf die Deutung des Zusammenhanges bei letzteren und die geschichtliche Entwicklung der Auffassungen geht er genauer ein. Einige Krankheitsfälle verdeutlichen die Ausführungen. *H. Müller.*

Langfeld (94a). Zwischen dem parasympathischen und dem sympathischen System besteht funktionell kein absoluter Antagonismus, die Histologie ihrer peripheren Endigungen ist noch zu unklar, die theoretische Begründung für pharmakologische und physikalische Prüfungen noch nicht ausreichend. Die Prüfungen haben noch keinen praktischen Wert für die Diagnostik der Erkrankungen des visceralen Nervensystems, da sie nicht zugleich Auskunft geben können über die Erregbarkeit der visceralen Zentren, die vom Zentrum ausgehenden Erregungen (Tonus) und die Erregbarkeit der peripheren autonom innervierten Organe. Vielleicht könnte Atropin zur Bestimmung des Tonus im parasympathischen System durch totale Lähmung geeignet sein, Adrenalin dagegen zur Prüfung der Erregbarkeit der peripheren sympathisch innervierten Organe. Von einem erhöhten Sympathicotonus in Analogie mit einer erhöhten Adrenalinempfindlichkeit zu reden ist deshalb irreführend. Theoretisch könnte man auf zentrale Übererregbarkeit schließen bei Übererregbarkeit des sympathischen Systems und gleichzeitiger Unempfindlichkeit gegenüber Adrenalin. Pilokarpin ist unverwendbar, da es die Endverzweigungen beider Systeme erregen kann. Von den physikalischen Funktionsprüfungen ist *Aschners* Reflex[1]) ein Vagusreflex, der Cilio-spinalreflex[2]) ein Sympathicusreflex. *Aschners* Reflex scheint nach Untersuchungen *Langfelds* jedoch nicht Ausdruck einer Konstitution zu sein, sondern nur ein lokaler Reflex.

Brauchbarkeit der Methodik: subkutane Prüfungen sind wertlos, intravenöse Adrenalinprüfung ist nur Ausdruck für die Reaktion der blutdruckregulierenden Faktoren auf Adrenalin, nicht Ausdruck für die ganze Adrenalinempfindlichkeit des Individuums. Auch die Pilokarpinreaktion ist wechselnd, praktisch wichtig kann die Pilokarpinüberempfindlichkeit bestimmter Organsysteme sein. Atropin gibt keine praktisch ver-

---

[1]) *Aschners* Reflex: Druck auf beide Bulbi ruft Pulsverlangsamung um bis zu 12 Schlägen in der Minute hervor — normaler Reflex. Der Patient muß auf dem Rücken liegen, der Druck gleichmäßig, etwas seitlich auf die Bulbi ausgeführt werden, Finger oder etwa 300 g Gewicht auf jedes Auge (Barrés Oculo-Compressor). Ausbleiben des Reflexes: abolischer Reflex. Positiver Reflex: Pulsverlangsamung um mehr als 12 Schläge, wobei das Herz bis zu 20 Sekunden aussetzen, die Abnahme 50—60 Schläge in der Minute betragen kann, oft begleitet von Schwindel und Übelkeit.

[2]) Ciliospinalreflex: Bei schmerzhafter Reizung der Haut am Hals erweitert sich bei Gesunden die Pupille der gleichen Seite.



wendbaren Resultate. Aschners Reflex war beim Individuum konstant, jedoch kann ein positiver Reflex einzelne Tage abolisch sein. Während Ciliospinalreflex und respiratorische Arythmie beim selben Individuum längere Zeit gleichmäßig bleiben, kann der Dermographismus von Tag zu Tag wechseln. Weitere Reflexe werden erwähnt, dann die Literatur ausführlich und kritisch besprochen. Bei den pharmakologischen Prüfungen sind durch verbesserte Methodik möglichst viele Fehlerquellen auszuschalten, bei den physikalischen Prüfungen sind aus der Literatur noch keine bestimmten Schlüsse über ihren praktischen Wert zulässig. Die eigenen Untersuchungen *Langfelds* wurden an 155 Kranken ausgeführt, worunter 71 dementia praecox, 18 paranoide, 16 chronische Parkinsons, 11 manisch-depressive. Die Prüfungen haben keinen Wert zur Diagnose von Zuständen, welche klinisch durch erhöhte Erregbarkeit des sympathischen oder parasympathischen Systems charakterisiert sind (zu Unrecht als Sympathicotonie und Vagotonie genannt). Namentlich sind die sogenannten vagotonen Blutdruckskurven nach Adrenalininjektion ganz unzuverlässig. Unbedeutende Adrenalinreaktion gab es bei Zuständen, bei denen man eine zentrale Übererregbarkeit annehmen mußte. Die Prüfungen haben keinen Wert für die Diagnose der chronischen Enzephalitiden. Sie haben keinen Wert für die Diagnostik der Geisteskrankheiten. *Aschners* Reflex war bei Katatonie, namentlich der chronischen, häufiger, bei Hebephrenie selten, doch ist hier das Material sehr klein, und der positive Reflex beruhte auf lokaler parasympathischer Übererregbarkeit. Auch beim manisch-melancholischen Irresein war er selten. Dagegen war der Ciliospinalreflex hier in allen Fällen vorhanden, während er bei akuter Katatonie fehlen kann. Hier besteht also die Möglichkeit, daß der negative Reflex differentialdiagnostisch verwertbar ist. Ferner möchte weiter nachgeprüft werden die Tatsache, daß im freien Intervall der zirkulären Psychose niemals primäre Senkungen der Adrenalinblutdruckskurve nachgewiesen werden konnten.

Für *Basedow,* diabetes mell., ulcus ventriculi et duodeni sind die Prüfungen wertlos. Bei parasympathisch bedingten Bradycardien war der *Aschner*sche Reflex stets positiv, bei den nicht parasympathisch bedingten dagegen negativ. Schließlich scheint die Adrenalinblutdruckskurve einen gewissen Wert zu haben als Richtschnur für die Kalktherapie bei Psychoneurosen.

Die Arbeit *Langfelds* wurde mit einer goldenen Medaille ausgezeichnet, den experimentellen Teil führte er zum Teil in Friedrichsberg-Hamburg aus. *R. Carrière.*

Alurralde und *Spota* (1) betonen, daß bei der Diagnose der Epilepsie die psychischen und in zweiter Linie die morphologischen Symptome eine überwiegende Bedeutung besitzen gegenüber den neueren Untersuchungen auf Störungen im neurotonischen Gleichgewicht. Sie teilen 12 nach den verschiedenen Methoden eingehend untersuchte Fälle tabellarisch mit, darunter 9 von genuiner Epilepsie. *Jolly.*

Daneri (15a) hatte mit Luminal bei genuiner Epilepsie sehr zufriedenstellende Erfolge. Als Beispiele teilte er 15 schwere Fälle mit. Nicht nur die Anfälle verringerten sich, sondern auch die Intelligenz und der Charakter wurden gebessert, so daß besonders auch die Arbeitsfähigkeit zunahm. Die täglichen Dosen betrugen meist 0,1—0,2. *Jolly.*

Caldas (12a) suchte, wenn er von Selbstmordversuchen durch die Zeitung oder durch Bekannte hörte, sofort den oder die Täter auf und nahm wenn möglich eine Untersuchung derselben vor. 9 Fälle teilt er eingehend mit. In einigen hatten Liebesangelegenheiten die Veranlassung gegeben und zwar immer auf dem Boden eines überemotiven, hysterisch-psychasthenischen Temperaments. In 2 weiteren war diese Wirkung von unglücklichen Erlebnissen ausgegangen und zwar trotz religiöser Bedenken bei 2 jungen Mädchen, die eine von nervöser Konstitution, die andere eine Epileptikerin. Die übrigen waren Medien bei spiritistischen Sitzungen gewesen. Der Selbstmord ist keine normal-psychologische Erscheinung. Die veranlassenden Faktoren bestimmen nicht allein den Selbstmord. Das wesentliche ist die Prädisposition, die somato-psychische Unausgeglichenheit. *Jolly.*

Friedemann (43) bespricht in den Hauptzügen nicht nur die Kost, sondern auch die Regelung der gesamten Lebenshaltung. Die Schädigung durch Alkohol betont er sehr. Er fügt den *Binswanger*schen Diätzettel an und empfiehlt bei Besprechung der salzlosen Kost die Sedobrolwürfel. *H. Müller.*

---

10. Anstaltswesen und Statistik.

Ref.: Jolly-Düsseldorf

1. Assassination, The, of Dr. *Ransom H. Sartwell.* Amer. J. Psychiatry **8**, 771.
2. *Baar,* Die Wirtschaftlichkeit der »Nervenklinik Wiesengrund«. Allg. Z. Psychiatr. **92**, 126 (S. 240*).
3. *Bausch, D.,* Albert Wagner †, Nervenarzt in Gießen. Psychiatr.-neur. Wschr. 269.
4. Bedarf die Psychiatrie zu ihrer Förderung usw. der kreisärztlichen Prüfung ihrer Vertreter? Psychiatr.-neur. Wschr. 91 u. 141.
5. *Behn-Eschenburg, H.,* Ursachen und Bekämpfung der Vorurteile gegen die Psychiatrie und die Irrenanstalten. Schweiz. med. Wschr. 1385.
6. *Benda, C. E.,* Zum Tode von Geheimrat Otto Binswanger. Med. Welt 1131.
7. *Berger, H.,* Otto Binswanger †. Arch. f. Psychiatr. **89**, 1.
8. IX. Bericht über die Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie in München. Z. Neur. **122**, 55.
9. Bericht über die 1. Deutsche Tagung für psychische Hygiene, Hamburg 1928. Her. v. H. Roemer. Berlin, W. de Gruyter & Co. 159 S. 10.— M. (S. 120*).

10. *Bersot, H.*, La statistique des aliénés en Suisse en 1926. Schweiz. Arch. Neur. **24**, 10.
11. *Beyer, E.*, Zur Geschichte der Wittfeldschen Privatanstalt in Moers. Psychiatr.-neur. Wschr. 419 (S. 235*).
12. *Blume, G.*, Die Laufbahn des Anstaltsarztes. Psychiatr.-neur. Wschr. 463.
13. *Bondy, C.*, Arbeitshaus und Bewahranstalt. Z. Strafrechtswiss. **50**, 524.
14. *Bratz, E.*, 50 Jahre Dalldorf. Allg. Z. Psychiatr. **92**, 1 (S. 235*).
15. *v. Braunmühl*, A., »Custos, quid de nocte?« (Über klinische Betätigung in Anstalten.) Psychiatr.-neur. Wschr. 529.
16. *Bresler, J.*, Bemerkungen über Eignung zum Direktor einer Heil- und Pflegeanstalt. Psychiatr.-neur. Wschr. 131.
17. *Ders.*, Ist Religion Privatsache? Psychiatr.-neur. Wschr. 236.
18. *Ders.*, Zum 60. Geburtstag von Ewald Meltzer, Großhennersdorf. Psychiatr.-neur. Wschr. 494.
19. *Cabeza, M.*, Die Fürsorge für die Geisteskranken. Das Problem der Überfüllung. Actas I. Confer. lat. amer. de neur., psychiatria y med. leg. (Buenos Aires) **2**, 476.
20. *Carrière, R.*, Psychiatrisches aus Norwegen. Allg. Z. Psychiatr. **92**, 291 (S. 235*).
21. *Colpe, K.*, Die Beschlagnahme von Krankengeschichten. Med. Welt 940.
22. *Dewey, R.*, Some of the means for guidance approach and appeal in the psychoses. Amer. J. Psychiatry **8**, 717.
23. *Dietrich, B.*, Offene Fürsorge im Aufnahmegebiet Andernach 1928/9. Psychiatr.-neur. Wschr. 396.
24. *Dubbers*, 75 Jahre Heil- und Pflegeanstalt Allenberg. Düsseldorf Th. P. Braun.
25. *Eisen, K.*, Fünfundsiebzig Jahre Karthaus-Prüll. Psychiatr.-neur. Wschr. 41, 56, 70, 83.
26. *Eiserhardt, H.*, Brauchen wir ein Bewahrungsgesetz? Z. Kinderforschg. **35**, 532.
27. *Falkenberg, W.*, Die Normung im Anstaltswesen. Psychiatr.-neur. Wschr. 53.
28. *Ders.*, Fürsorgedienst in Heil- und Pflegeanstalten. Z. psych. Hyg. **2**, 140.
29. *Faltlhauser, V.*, Geisteskrankenpflege, 3. neu durchges. Aufl. Halle a. S., C. Marhold. 200 S. 6.— M.
30. *Ders.*, Psychiatrische Schutzaufsicht. Z. psych. Hyg. **2**, 20.
31. *Fetscher*, Randbemerkungen zur geistigen Hygiene. Z. psych. Hyg. **2**, 61.
32. *Fischer, M.*, Entwicklung und Stand der offenen Fürsorge für Geisteskranke. Arch. soz. Hyg. **5**, 54 (S. 239*).

32a. *Fischer, M., R. v. Krafft-Ebing*, Badische Biographien Teil VI, her. v. A. Krieger. Heidelberg, C. Winter. S. 317 (S. 240*).
33. *Friedmann, K.*, Die perkutane Ernährung der Geisteskranken. Psychiatr.-neur. Wschr. 310 u. W. m. W. 857 (S. 236*).
34. *Gnant, G.*, Die Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten im Freistaat Württemberg. Stuttgart, J. Weise. 149 S. 8,— M.
35. *Groß, A., Kraepelins* Bedeutung für die Anstaltspsychiatrie. Arch. f. Psychiatr. **87**, 50.
36. *Guicciardi, G.*, Enrico Morselli. Riv. sper. Freniatr. **52** H. 3/4.
37. *Haack, H.*, Insulin bei nahrungsverweigernden Geisteskranken. Psychiatr.-neur. Wschr. 195.
38. *Hahn, W.*, Zum 60. Geburtstage des Chefarztes San.rat Dr. *Ernst Beyer*. Psychiatr.-neur. Wschr. 231.
39. *Harries*, Das Provinzialgut Hahnenmoor. Psychiatr.-neur. Wschr. 359 (S. 238*).
40. *Ders.*, Zwei weitere Fälle schwerer Selbstverletzungen der Augen. Psychiatr.-neur. Wschr. 342 (S. 236*).
41. *Harrington, A.*, Ransom Harvey Sartwell. In Memoriam. Amer. J. Psychiatry **8**, 963.
42. *Hauptmann*, Direktor Dubbers †. Psychiatr.-neur. Wschr. 507.
43. *Henneberg*, Paul Flechsig †. Med. Klin. 1490.
44. *Henry, G.*, Some modern aspects of psychiatry in general hospital practice. Amer. J. Psychiatry. **9**, 481.
45. *Hensel, E.*, Zur Reform des Irrenrechts. Mschr. Dtsch. Ärztinnen 6.
46. *Herting, J.*, »Freiheitstherapie«. Psychiatr.-neur. Wschr. 181.
47. *Ders.*, Krieg und Revolution als unmittelbares Erlebnis der Irrenanstalt. Allg. Z. Psychiatr. **91**, 268 (S. 235*).
48. *Ders.*, Dr. phil. Ad. Pohlmann, ein Freund der Geisteskranken. Psychiatr.-neur. Wschr. 439 (S. 239*).
49. *Hinsen*, Die Besoldungsreform in den preußischen Provinzen. Psychiatr.-neur. Wschr. 6.
50. *Ders.*, Zunahme der Geisteskrankheiten? Z. Med.beamte 204.
51. *Hoche*, Die Fürstner'sche Ära. Arch. f. Psychiatr. **87**, 24.
52. *Hohl, M.*, Psychische Hygiene und Volksaufklärung. (Beispiel eines Vortrages.) Z. psych. Hyg. **2**, 173.
53. *Holtzmann, F.*, Die Forderungen der psychischen Hygiene und der Arbeitsökonomie an akustische und optische Reize. Z. psych. Hyg. **2**, 65.
54. *Hübner, A. H.*, Psychische Hygiene und psychiatrische Eheberatung. Z. psych. Hyg. **2**, 1.
55. *Jackson, A.*, and *H. Pike*, 8 years of clinical and educational work in the community. Amer. J. Psychiatry 9, 231.

56. *Jacobi*, Nekrolog Otto Binswanger. Allg. Z. Psychiatr. **91**, 506.
57. *Jaschke, O.*, Die Behandlung der Nahrungsverweigerung mit Insulin. Psychiatr.-neur. Wschr. 545 (S. 236*).
58. *Juliusburger, O.*, Psychiater und Religion. Psychiatr.-neur. Wschr. 270, dazu *Roth*, 311.
59. *Kafka, V.*, Über die Einrichtung humoralpathologischer Laboratorien an Irrenanstalten. Psychiatr.-neur. Wschr. 451.
60. *Kahl*, Die Organisation der offenen Geisteskrankenfürsorge. Bl. Wohlf.pfl. (Dresden) 83.
61. *Kauschansky, D. M.*, Das Ehegesundheitszeugnis, das Berufsgeheimnis des Arztes und dessen Einschränkung im Interesse der Gesellschaft. Allg. Z. Psychiatr. **91**, 257 (S. 240*).
62. *Kellner, A. W.*, Zur Geschichte der Privatanstalt Bonn-Endenich. Psychiatr.-neur. Wschr. 274.
63. *Kesselring, M.*, Die Heilung der Gemütskranken. Grundlagen mod. Anstaltsbehandlung. Erlenbach-Zürich, E. Rentsch. 30 S. 1,— M.
64. *Knaut*, Die Gefahrenzone der Anstaltserziehung und ihre Überwindung. (Bei Kindern.) Z. Behdlg. Anomaler 183.
65. *Koester*, Die Typhusepidemie in der Provinz. Heil- u. Pflegeanstalt Bonn. Arch. f. Psychiatr. **86**, 587.
66. *Kogerer, H.*, Psychische Hygiene in Österreich. Z. psych. Hyg. **2**, 114.
67. *Ders.*, Über offene Irrenfürsorge. W. kl. W. 1451.
68. *Kolb*, Die künftige Gestaltung der Irrenanstalten. Eine Umfrage. Psychiatr.-neur. Wschr. 182 (S. 240*).
69. *Ders.*, Zum 50jährigen Bestehen der Anstalt Dalldorf (Wittenauer Heilstätten). Z. psych. Hyg. **2**, 162.
70. *Kühne*, Offene Fürsorge für entlassene Geisteskranke der Heil- und Pflegeanstalt Emmendingen. Allg. Z. Psychiatr. **91**, 355 (S. 239*).
71. *Ladame, Ch.*, Rationalisierung im Anstaltsbetriebe. (Bel-Air.) Reformen. Bern. H. Huber. 55 S.
72. *Laehr, H.*, Die Anstalten für Psychisch- und Nervenkranke usw. 8. v. *G. Ilberg* vollk. neubearb. Aufl. Allg. Z. Psychiatr. **91**, 1 u. Berlin, W. de Gruyter & Co. 158 S. 10,— M.
73. *Leibbrand, W.*, Städtische psychiatrische Fürsorge. Psychiatr.-neur. Wschr. 533.
74. *Linzbach*, Zur Frage der Metaphysik und der Religion in der Psychiatrie. Psychiatr.-neur. Wschr. 555, 573.
75. *Loewenstein, G.*, Erwiderung zur Arbeit: Beschäftigungstherapie usw. (*Mucha* u. *Satka*). Mitt. Dtsch. Ges. Bekämpfg. Geschl.krkh. 128.

76. *Luxenburger, H.*, Grundsätzliches zur kausalen Prophylaxe der erblichen Geisteskrankheiten. Z. psych. Hyg. **2**, 164.
77. *Maier, H.*, Das Bewahrungsgesetz u. seine Probleme. Mschr. Dtsch. Ärztinnen 103.
78. *Mathes*, Die Entwicklungsstufen der badischen praktischen Anstaltspsychiatrie bis zur Eröffnung der Anstalt Emmendingen und deren 40jähr. Tätigkeit. Allg. Z. Psychiatr. **91**, 337 (S. 235*).
79. *Mayr, R.*, Die Bestrebungen der psychischen Hygiene und die Anstaltspsychiatrie. Z. psych. Hyg. **2**, 74.
80. *Meltzer, Ewald*, Zum 60. Geburtstag von — —. Z. Behdlg. Annormaler 115.
81. *Meltzer*, Muß der Anstaltsarzt wissenschaftlich arbeiten? Psychiatr.-neur. Wschr. 405 u. 415 (S. 239*).
82. *Mönkemöller*, Geh. Sanitätsrat Direktor a. D. Erich Gerstenberg †. Psychiatr.-neur. Wschr. 255.
83. *Morgenthaler, W.*, Über seelische Bereitstellung. Zur Psychologie u. Politik in Personalfragen. Bern, H. Huber. 32 S. 1,50 M. (S. 239*).
84. *Moritz, H.*, Bazillenträger in der Anstalt. Allg. Z. Psychiatr. **91**, 433 (S. 236*).
85. *Ders.*, Schutzmaßnahmen für das Personal auf den Isolierabteilungen. Allg. Z. Psychiatr. **91**, 442 (S. 236*).
86. *Mucha, V.*, u. *V. Satka*, Beschäftigungstherapie und Fürsorge in der Heilanstalt Klosterneuburg-Wien. Mitt. Dtsch. Ges. Bekämpfg. Geschl.krkh. 33.
87. *Naumann, J.*, Wie wir unseren Weg fanden. Lebenserinnerungen eines Schwesternhausrektors. Gotha, L. Klotz. 248 S. gebd. 8,— M. (Allg. Z. Psychiatr. **95**, 317).
88. *Neißer, C.*, Drei gutachtliche Berichte, erstattet an den Hr. Landeshauptmann v. Niederschlesien. Psychiatr.-neur. Wschr. 219, 247, 256 (S. 240*).
89. *Nobbe, H.*, Neuere Bestrebungen der Irrenanstaltsbehandlung, einschl. der Außenfürsorge. D. m. W. 1806.
90. *Peters, H.*, Rhythmische Gymnastik als Hilfsmittel bei der Beschäftigungstherapie weiblicher Patienten. Allg. Z. Psychiatr. **90**, 337 (S. 238*).
91. *Pfeifer, R. A.*, Paul Flechsig †. D. m. W. 1601.
92. *Prinzing, F.*, Zur Statistik der Irrenanstalten. Dtsch. Statist. Zbl. Nr. 7/8.
93. *Quensel, F.*, Paul Flechsig †. Dtsch. Z. Nervenheilk. **110**, 161.
94. *Raitzin, A.*, Bettbehandlung im Freien. Actas I. Confer. lat. amer. de neur., psychiatria y med. leg. (Buenos-Aires) **2**, 464.

95. *Reck, S.*, Die Encephalitiker-Abteilung der Anstalt Emmendingen. Allg. Z. Psychiatr. **91**, 409 (S. 235*).
96. *Rein, O.*, Psychiatrische Ostergedanken. Psychiatr.-neur. Wschr. 205 (S. 239*).
97. *Reiß, P.*, Die aktivere Beschäftigungsbehandlung der Heil- u. Pflegeanstalten. Psychiatr.-neur. Wschr. 105.
98. *Ders.*, Eine letzte Neueinführung im Interesse der Krankenbehandlung. — Eine Sparkasse für Kranke. — Woher stammen die Sparkassengelder in Mainkofen? Psychiatr.-neurol. Wschr. 112 u. 387.
99. *Ders.*, Im roten Hause. Von den Behandlungen der Irren. Straubing, Ortolf u. Walther. 132 S., 135 Abbild. 4,— M. (S. 238*).
100. *Richtzenhain*, Außenfürsorge und Jugendpflege. Psychiatr.-neur. Wschr. 533.
101. *Rieger, K.*, Die Psychiatrie und die Armen in Würzburg. — Und der Bischof Julius. Und das jüngste Gericht. Allg. Z. Psychiatr. **90**, 310 (S. 235*).
102. *Rittershaus, E.*, Die Haftpflicht der Angehörigen. Psychiatr.-neur. Wschr. 517 (S. 240*).
103. *Röper, E.*, Otto Ludwig Binswanger †. Dtsch. Z. Nervenheilk. **109**, I.
104. *Rössel, F.*, Zum 70. Geburtstag des San.rats Dr. James Fraenkel. Psychiatr.-neur. Wschr. 193.
105. *Rojas, T. H.*, Die Fürsorge für die Geisteskranken in Chile. Actas I. Confer. lat. amer. de neur. psiquiatria y med. leg. (Buenos-Aires) **2**, 442.
106. *Ruppert*, Bewahrungsgesetz. Dtsch. Z. Wohlf.pfl. Jg. **5**, 485.
107. *Sauer, W.*, Bedeutung des kulturellen Nachweises von Tuberkelbazillen für die Diagnostik tuberkulöser Erkrankungen in Heil- u. Pflegeanstalten. Allg. Z. Psychiatr. **92**, 270 (S. 236*).
108. *Schäfer, G.*, Maßnahmen gegen Überfüllung der Hamburgischen Anstalten Friedrichsberg und Langenhorn. Psychiatr.-neur. Wschr. 161.
109. *Schilling*, Fragen des Pflegepersonals. Z. Krk.hauswes. 612.
110. *Schlittler, E.*, Das Othaematom. Schweiz. med. Wschr. 111.
111. *Schmidt, H.*, Tätigkeitsbericht der Außenfürsorgestelle 1928. (Klingenmünster.) Psychiatr.-neur. Wschr. 427.
112. *Schmidt* u. *Hinsen*, Bericht über die Hauptversammlung des Reichsverbandes beamteter deutscher Psychiater 1929. Psychiatr.-neur. Wschr. 383.
113. *Schmitt, Fr.*, Wie kann die Gefährdung des Pflegepersonals durch lungentuberkulöse Geisteskranke möglichst herabgemindert werden? Allg. Z. Psychiatr. **90**, 1 (S. 236*).

114. *Schmitt, K.*, Arzneipflanzenkultur im Anstaltsbetrieb und ihre Bedeutung für die Arbeitstherapie. Allg. Z. Psychiatr. **91**, 464 (S. 238*).
115. *Schroeder, K.*, Die Gefahren der Fischnahrung. (Gräten.) Psychiatr.-neur. Wschr. 504.
116. *Ders.*, Typhusverhütung in den Heil- und Pflegeanstalten. Psychiatr.-neur. Wschr. 9.
117. *Schuch, H.*, Offene Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten. Fortschr. Gesdh.fürs. Jg. **3**, 101.
118. *v. Schuckmann*, Über Entlassungsstatistik. Psychiatr.-neur. Wschr. 119.
119. *Schulhof, F.*, Lehrgang für Irrenpfleger. Wien, F. Deuticke. 104 S. 2,80 M.
120. *Schulte*, Über Beschäftigungstherapie, Frühentlassungen, Außenfürsorge u. ä. in alter Zeit. Psychiatr.-neur. Wschr. 157 u. 171 (S. 239*).
121. *Sicco, A.*, Über Arbeitstherapie. Die Methode des Dr. *Simon*. Actas I. Confer. lat.-amer. de neur., psiquatria y med. leg. (Buenos-Aires) **2**, 454 (S. 238*).
122. *Sighart, A.*, Zur amtsärztlichen Begutachtung der Gemeingefährlichkeit. Z. Med.beamte 385.
123. *Silberschmidt, W.*, Über eine Typhusepidemie in einer Irrenanstalt. Zbl. Bakter. I. Orig. **110**, 93*.
124. *Simon, H.*, Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt. 2. Teil. Allg. Z. Psychiatr. **90**, 69, 245, u. Berlin, W. de Gruyter & Co. 167 S. 10,— M. (S. 236*).
125. *Sioli, F.*, Die Aus- und Fortbildung der mit der psychischen Hygiene beruflich befaßten Personenkreise. Bericht über die 1. dtsch. Tagung f. psych. Hyg., Berlin, W. de Gruyter & Co. S. 129 (S. 239*).
126. *Sommer, Weygandt, Roemer, Kolb, Simon*, Zur Frage der Arbeitstherapie in den Heil- und Pflegeanstalten. Z. psych. Hyg. **2**, 50.
127. *Spatz, H.*, Zur Erinnerung an Franz Nißl. M. m. W. 1339.
128. *Stejskal, K.*, Die perkutane Ernährung und ihre Verwendung am Krankenbett. W. m. W. 863 dazu *Winternitz* u. *Naumann*, D. m. W. 1828 (S. 236*).
129. *Strohmayer, W.*, Otto Binswanger †. Kl. W. 1559.
129a. Tätigkeit der Anstalten für Geisteskranke im Jahre 1927. Norwegische offizielle Statistik, VIII, 84, Oslo 1929 (norwegisch) (s. Allg. Z. Psychiatr. **92**, 291).
130. *Thompson, L.*, Mental hygiene in a university. Amer. J. Psychiatry **8**, 1045.
131. *Utz, Fr.*, Die Arbeitstherapie. Allg. Z. Psychiatr. **92**, 245 (S. 238*).

132. *Utz, Fr.*, Entlassungsstatistik. Psychiatr.-neur. Wschr. 211.
133. *van Vleuten*, C. F., Die Familienpflege der Wittenauer Heilstätten nach dem Kriege, mit besonderer Berücksichtigung der Pflegeheime. Allg. Z. Psychiatr. **92**, 35 (S. 238*).
134. *Vorwahl*, Radiogefahren. Z. psych. Hyg. **2**, 71.
135. *Wachsmuth, H.*, Aus alten Akten u. Krankengeschichten der Nassauischen Irrenanstalt Eberbach-Eichberg V. Psychiatr.-neur. Wschr. 135.
136. *Waetzoldt*, Psychiatrische u. psychohygienische Reiseeindrücke aus Nordamerika. Z. psych. Hyg. **2**, 8, 34.
137. *Wahlig, Fr.*, Intraperitoneale Harnblasenruptur bei einer Geisteskranken. M. m. W. 713.
138. *Waßmer, O.*, Aus der Verwaltungspraxis der Anstalt Emmendingen. Allg. Z. Psychiatr. **91**, 450 (S. 240*).
139. *Wehrmann*, Die staatliche Schwesternschaft Arnsdorf im Freistaate Sachsen. Z. Krk.hauswes. 491.
140. *Wenger, E.*, Otto Binswanger †. Psychiatr.-neur. Wschr. 543.
141. *Wenzel, W.*, Die künstlerische Gestaltung von Krankenräumen. Allg. Z. Psychiatr. **90**, 410 (S. 240*).
142. *Wetzel, A.*, Krankenhaus- und Entlassenen-Fürsorge als organisatorische Einheit. Z. psych. Hyg. **2**, 129.
143. *Weygandt, M.*, Reiseeindrücke von der Irrenfürsorge in Ägypten, Palästina und der Türkei. Z. psych. Hyg. **2**, 180.
144. *Wickel, K.*, Die Heilanstalt für Geisteskranke. (Aus Handbücherei f. d. ges. Krankenhauswesen, Bd. II.) Berlin, J. Springer.
145. *Ders.*, Hermann Schedtler. Psychiatr.-neur. Wschr. 493.
146. *Wiehl* u. *Bessel*, Die Bedeutung der offenen Geisteskrankenfürsorge für die psychiatrische Aufklärung. Z. psych. Hyg. **2**, 99, 109.
147. *Wiest, A.*, Krankenbeschäftigung. D. m. W. 1559, 1596.
148. *Wilmanns, K.*, Die Entwicklung der badischen Irrenfürsorge mit besonderer Berücksichtigung der Universitäts-Kliniken. Arch. f. Psychiatr. **87**, 1.
149. *Wirth-Stockhausen, J.*, Rundgang durch ein englisches Geisteskrankenhaus. (Napsbury.) Z. Krk.hauswes. 408.
150. *Wollenweber*, Zunahme der Geisteskrankheiten? Z. Medbeamte 89.
151. *Ziehen, Th.*, Otto Binswanger †. Schweiz. Arch. Neur. **25**, 171.
152. *Zinn, K.*, Der Brandenburgische Hilfsverein zu Eberswalde. Psychiatr.-neur. Wschr. 569.

Rieger (101) beklagt sich in beredten Worten, daß die Bestimmungen des von Bischof Julius im Jahre 1579 bei der Gründung des Würzburger Juliusspitals erlassenen Hirtenbriefs nicht mehr eingehalten werden. Es sollten nur die »alten, schwachen und schadhaften Manns- und Weibspersonen« in dem Spital Unterhalt und Pflege haben, ferner die »verlassenen Waisen«; für Verwendung der Stiftung zu anderen Zwecken wurden Strafen in dieser und jener Welt angedroht. Trotzdem also die Stiftung ausdrücklich für die Armen erfolgte, werde sie jetzt gar nicht mehr für diese verwendet. Ein Bild des bekannten, vor dem Spital stehenden Denkmals des Fürstbischofs ziert die Abhandlung. — *Mathes* (78) gibt uns ein anschauliches Bild von der Entwicklung der Badischen Anstaltspsychiatrie seit ihren allerersten Anfängen und geht dann besonders auf die Geschichte und den augenblicklichen Stand der jetzt 40 Jahre bestehenden Anstalt Emmendingen ein, wobei vor allem der Ausbau der aktiveren Therapie näher geschildert wird. — Zu dem 50jährigen Bestehen der Berliner Städtischen Anstalt Dalldorf bringt *Bratz* (14) einen Überblick über ihre Geschichte und ihre in den letzten Jahren unternommene Erneuerung mit Gründung der Nervenklinik Wiesengrund und eines Abstinenzsanatoriums für Trinker, Morphinisten und Kokainisten; in der früheren Idiotenanstalt, dem jetzigen Erziehungsheim werden nur wirklich erziehbare Kinder aufgenommen. Den Namen Dalldorf trägt nur noch die Irrenanstalt, während der ganze Komplex als Wittenauer Heilstätten bezeichnet wird. Die Familienpflege und Außenfürsorge bilden ein weiteres Gebiet des Staffelsystems. Wie sehr die Aufgaben gestiegen sind, geht schon daraus hervor, daß die Aufnahmen im Jahre 1880 über 584 waren, 1929 aber fast 4000 betrugen. — Die älteste Privatirrenanstalt der Rheinprovinz war die 1841 errichtete *Wittfeld*sche Privatanstalt in Mörs, über die *Beyer* (11) interessante Einzelheiten mitteilt und zwar aus dem Nachlaß seines Vaters, der der letzte (bis 1859) Inhaber dieser Anstalt gewesen war, später Reg.- und Med.-Rat in Düsseldorf wurde. — *Herting* (47) stellte eine Reihe zeitgenössischer Schilderungen zusammen, die uns anschaulich machen, wie Kriege und Revolutionen auf einzelne Irrenanstalten wirkten, so auf das Hospital von Bizêtre die französische Revolution 1789 und 1793, auf die Berliner Charité der Krieg 1806, auf den Sonnenstein bei Pirna 1813; welche Wirkung 1848 hatte, der amerikanische Bürgerkrieg, die Kriege 1866 und 1870/71 und schließlich die Leiden der Anstalt Tapiau 1914. — Der Mangel an Anstaltsbetten in Norwegen hat sich nach *Carrière* (20) in den letzten Jahren durch Erweiterungen und Neueinrichtungen gebessert. Auch sonst ist im allgemeinen eine Modernisierung des Irrenwesens festzustellen. (Ausführliche Bearbeitung des Heftes 129a.)

Aus der seit $2^1/_2$ Jahren bestehenden Enzephalitiker-Abteilung der Heilanstalt Emmendingen teilt Reck (95) die dortigen Erfahrungen mit. Der höchste Krankenstand betrug 41 Patienten; weitaus die meisten der Kranken müssen den Beginn ihres Leidens auf die große Epidemie des Jahres 1920 zurückführen, bei einem Fall begann dasselbe mit einer verwaschenen Grippe Oktober 1918 und kam nach einem durch Zeugenaussagen erwiesenen pseudo-neurasthenischen Stadium von über 8 Jahren erst 1927 zu manifestem Ausbruch. Bei Kindern erwies sich die schulische Unterrichtung nicht nur in intellektueller, sondern auch in erzieherischer Richtung äußerst wertvoll. Weitere Einzelheiten können hier

nicht angeführt werden. — Seit 1923 besitzt die Anstalt Emmendingen eine Sonderabteilung für Bazillenausscheider, die nach dem Bericht von *Moritz* (84) sich auf das beste bewährte. Die Anstalt blieb seitdem vollkommen frei von Typhuserkrankungen. Im vergangenen Jahre konnten 8 Keimträger aus der Sonderabteilung entlassen oder auf andere Abteilungen verlegt werden; von den Entlassenen liegen meistens ungefähr 80 negative Befunde vor. — Aus derselben Anstalt schildert *Moritz* (85) ferner die dort üblichen Schutzmaßnahmen für das Personal auf den Isolierabteilungen, also auf den Abteilungen für Tuberkulöse und den für Typhus-, Paratyphus- und Ruhrbazillenträger bestimmten. — *F. R. Schmitt* (113) beschäftigt sich unter eingehender Anführung der einschlägigen Literatur mit der Frage, wie die Gefährdung des Pflegepersonals durch lungentuberkulöse Geisteskranke möglichst herabgemindert werden kann. Er fordert die frühzeitige Erkennung und Isolierung der an Tuberkulose Erkrankten; hygienisch einwandfreie Einrichtung des für die Aufnahme der Tuberkulösen und des Pflegepersonals bestimmten Gebäudes; eine auf dem Prinzip der Infektionsverhütung aufgebaute Regelung des Krankenpflegebetriebs. — Sauer (107) beschreibt ausführlich die Technik des kulturellen Nachweises von Tuberkelbazillen. Er empfiehlt nach seinen näher mitgeteilten Erfahrungen sowohl den Petragnani — als den *Hohn*schen Nährboden nebeneinander zu verwenden.

In der Anstalt Leubus wurde von *Jaschke* (57) zur Behandlung der Nahrungsverweigerung Insulin angewendet; in 3 Fällen kam es während Insulinbehandlung zu spontaner Nahrungsaufnahme. Bei einem weiteren Fall trat ein schwerer hypoglykämischer Zustand zweimal ein, der durch Zuckerzufuhr bald wieder behoben werden konnte. — Die perkutane Ernährung der Geisteskranken wurde in der Wiener Anstalt »Am Steinhof« nach *K. Friedmann* (33) mittelst des von *Stejskal* angegebenen Nährmittels Dinutron in 10 Fällen in der Weise durchgeführt, daß täglich 150 bis 200 g in 3 Portionen in die Rückenhaut des Kranken eingerieben wurden. Die vollständige Einreibung des Drittels der Tagesmenge dauerte in der Regel 15—25 Minuten. Die Kranken vertrugen die Einreibung ausgezeichnet. Diese gewährleistet eine Erhaltung des Körpergewichts; ein Nachteil bildet lediglich die mühevolle Art der Anwendung. — Das für diese perkutane Ernährung verwendeten Nährpräparat Dinutron besteht nach *Stejskal* (128) aus 50% Fett, 37% Kohlehydraten und 6% rein Eiweiß; er berichtet über die Einwirkung desselben bei Stoffwechselstörungen.

Harries (40) erwähnt den Fall eines Pastors, der in einem Erregungszustand versuchte, sich mit beiden Daumen beide Augen herauszureißen, wodurch eine Netzhautablösung entstand und einer schizophrenen Lehrerin, die sich mit einer Haarnadel ins linke Auge stach.

Während *Simon* (124) sich in dem im Vorjahr erschienenen ersten Teil seines Werks über die »Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt« im wesentlichen mit der Untätigkeit der Kranken und deren Beseitigung beschäftigt hatte, beschreibt er im zweiten Teil unter dem Titel »Erfahrungen und Gedanken eines praktischen Psychiaters zur Psychotherapie der Geisteskrankheiten« zunächst die Umwelt, die der in die Anstalt aufgenommene Kranke vorfindet. Nach der leblosen wird besonders plastisch die lebende Umgebung geschildert, was zu einer in-

struktiven Betrachtung über »Einzelwesen und Umwelt, Erfahrung und Erziehung, Anpassung und Verantwortung« führt. Die unsozialen Eigenschaften des Geisteskranken beruhen meist nicht auf der psychischen Grundkrankheit, sondern es ist nur die wirkliche Persönlichkeit des Menschen zum Vorschein gekommen, wir sehen die Versäumnisse der Kinderstube. Alle Therapie ist Umweltgestaltung. Jeder Kranke hat das Recht auf eine geordnete und ruhige, ihn nicht aufregende Umgebung und es ist zwingende Aufgabe für Arzt und Pflegepersonal, ihm diese zu verschaffen. Dieses Recht ist mit der Pflicht verbunden, sich selber dementsprechend ruhig und anständig zu benehmen. An der Hand von Beispielen zeigt er, wie dieser Grundsatz konsequent durchgeführt wird. Bei den verschiedenen Maßnahmen wird erwähnt, daß die Dauer von Einzelisolierungen auf höchstens 30 Minuten beschränkt wird. Der voraussichtliche Bedarf an chemischen Beruhigungs- und Schlafmitteln wird bei der Visite in das Arzneibuch der Station eingetragen, über ihre Anwendung im Falle der Notwendigkeit entscheidet das Oberpflegepersonal. Ebenso wie bei den Arzneimitteln ist auch bei Bettbehandlung eine individualisierende Anwendung sehr wichtig. Auch bei mässigem Fieber wird Bettruhe nicht immer angeordnet. Ganzpackung wird sehr selten angewendet, etwas öfter Dauerbad, aber nicht nachts und nicht für lange Zeit. Mit unsozialen Kranken darf man sich nicht in einen offenen Kampf einlassen, die wichtigste Abwehrtaktik liegt hier im Ausweichen gegenüber allen weiterführenden Erörterungen. Zu den mühevollsten Aufgaben der Psychotherapie gehört die Überwindung des Negativismus, der kein wirkliches Krankheitssymptom ist, sondern eine ganz normale Lebensäußerung, nämlich die Abwehrstellung gegen von anderen Lebewesen ausgehende persönliche Einwirkungen. Unmittelbares Krankheitssymptom dagegen ist die Schädigung der Regsamkeit, die nur durch dauernde Unterstützung, Anregung und Aufmunterung des noch vorhandenen Restes gebessert werden kann. Man muß das Gesunde im Kranken hervorholen, die Erfüllung von Pflichten verlangen, auch z. B. bei den Störungen des Denkzusammenhangs des Schizophrenen. Jeder Kranke wird prompt auf diejenige Abteilung versetzt, die seinem eigenen jeweiligen Verhalten entspricht, so daß sein Vorwärtskommen also nur von ihm selbst abhängt. Die Schwächen und Unvollkommenheiten des Kranken müssen diskret behandelt werden. Auch die Psychopathen müssen fühlen, daß schon der Beginn eines besseren Verhaltens sie auf ruhigere Abteilungen bringt, wozu beim Arzt Optimismus und eine gewisse Kühnheit nötig sind. Als Auswirkung der aktiveren Behandlung auf die Kranken nennt S. u. a. das fast völlige Verschwinden der Affektausbrüche, die Verminderung der feindlichen Einstellung zu Arzt und Pflegepersonal, Hebung des Selbstbewußtseins und Selbstvertrauens der Kranken, sowie ihrer körperlichen Frische. Ob und in welchem Maß eine vermehrte Entlassung der Kranken ermöglicht wird, läßt sich zahlenmäßig sehr schwer feststellen. Ein sicherer Gewinn für die Kranken ist, daß sie als mehr oder weniger gebessert in einem viel angenehmeren Anstaltsmilieu verbleiben. In dem, was die Kranken für den Anstaltsbetrieb leisten, liegen erhebliche pekuniäre Werte. Ersparnisse werden erzielt durch den fast völligen Fortfall der Zerstörungssucht und durch den Wegfall von Sondereinrichtungen beim Bau der Anstalten. Mit einer Erörterung der Rückwirkungen der aktiveren Therapie auf unsere ganze

deutsche und auch auf die ausländische Anstaltsfürsorge schließt das bedeutsame Werk, dessen Inhalt hier nur angedeutet werden konnte.

Der Bericht von *Sicco* (121) in Montevideo über seinen Besuch in Gütersloh gibt den Ärzten spanischer Sprache eine sehr gute Übersicht über die Bestrebungen und Erfolge *Simons*. Seiner Ansicht nach wird in Latein-Amerika die Einführung der Methode manchmal durch den Mangel an Räumlichkeiten für Werkstätten und an Grundbesitz für Feldarbeit erschwert sein, ferner durch die von der deutschen Ordnung und Disziplin ganz verschiedene Organisation der Anstalten, durch die übergroße Krankenzahl, durch die geringe Zeit die der Arzt auf seinen Dienst verwendet, durch die Unzulänglichkeit des Personals und durch die von der deutschen Ernsthaftigkeit und Ausdauer ganz verschiedene Denkweise. Er fordert auf, wo die Verhältnisse günstig sind, trotzdem die Methode einzuführen.

Für sein mit finanzieller Unterstützung des Kreistags von Niederbayern herausgegebenes Buch wählte Reiß (99) als Antwort auf die Schrift des Ungarn *Hollos* »Hinter der gelben Mauer« den Titel »Im roten Hause«; in manchen Gegenden Deutschlands werden so die Heil- und Pflegeanstalten für Geisteskranke bezeichnet. Seine Absicht ist Aufklärung der Öffentlichkeit über die moderne Irrenanstalt und die dort geübte Behandlung der Geisteskranken. Dieser Zweck wird durch die flüssige, mit einer großen Zahl von Abbildungen aus den Anstalten Mainkofen und Deggendorf ausgestattete Darstellung voll erreicht. Besonders die aktivere Beschäftigungsbehandlung wird eingehend beschrieben und dabei auch eine Neuerung des Verf. mitgeteilt, nämlich die Anlage eines Sparbuchs bei der Stadtsparkasse für jeden Kranken, der sparen will. Anschaulich beschreibt zum Schluß ein Laie, was er in Mainkofen sah und empfand.

Besonders interessant in dem von *Utz* (131) auf der Tagung des Vereins der Bayerischen Psychiater erstatteten Referat über die Arbeitstherapie ist die Mitteilung, daß in Gabersee schon in den achtziger Jahren fast 90% aller Kranken beschäftigt wurde; im nächsten Jahrzehnt sank die Beschäftigungskurve rasch ab, um dann erst kürzlich unter dem Einfluß der *Simon*schen Bestrebungen steil in die Höhe zu gehen. Beschäftigung ist bei der *Simon*schen Behandlungsmethode lediglich Mittel zum Zweck der erzieherischen Beeinflussung und Millieugestaltung. *U.* berichtet eingehend über seine eigenen Erfahrungen und erklärt die Umstellung der Anstaltstherapie aus Nihilismus und Pessimismus zu aktivem, von gesundem Optimismus beseelten Handeln für eine Tat, deren Bedeutung für Ärzte und Kranke gar nicht hoch genug angeschlagen werden kann.

Peters (90) empfiehlt unter Mitteilung von Krankengeschichten rhythmische Gymnastik als Hilfsmittel bei der Beschäftigungstherapie weiblicher Patienten. — *K. Schmitt* (114), Anstaltsapotheker in Emmendingen, macht Mitteilungen über den Betrieb und die Rentabilität eines Arzneigartens bei der Anstalt, der zugleich der Förderung der Arbeitstherapie dient.

Das etwa 710 Hektar große Provinzialgut Hahnenmoor ist eine von der Anstalt Hildesheim belegte Zweiganstalt, über deren Einrichtung und Entwicklung *Harries* (39) berichtet. Dieselbe soll so erweitert werden, daß mit den dann vorhandenen 150—200 Kranken die Arbeiten ohne fremdes landwirtschaftliches Personal erledigt werden können.

Seit dem Kriege hat sich nach *van Vleuten* (133) die Familien-

pflege der Wittenauer Heilstätten bis zu einer Zahl von 424 Pfleglingen im Jahre 1929 entwickelt, wovon fast $^1/_3$ in 16 Pflegeheimen zu 4—18 Kranken untergebracht sind. Während die Selbstkosten des Kranken in der Anstalt 5.20 M. pro Tag betragen, wurden dieselben für Familienpflege auf 2.31 M. berechnet.

In übersichtlicher Darstellung schildert *M. Fischer* (32) auf Grund seiner reichen Erfahrung die Entwicklung und den augenblicklichen Stand der offenen Fürsorge für Geisteskranke.

Die offene Fürsorge der Anstalt Emmendingen wird von *Kühne* (70) unter Mitteilung der dabei gewonnenen Erfahrungen eingehend beschrieben.

Das Ziel der beruflichen Ausbildung für die psychische Hygiene besteht nach *Sioli* (125) in dem Austausch spezialer und universaler Ausbildung. Der Mittelpunkt der Bestrebungen liegt in der fachlichen Tätigkeit an psychisch Kranken und Leidenden. Es müsse die Durchdringung der sozialen Tätigkeit mit Gesichtspunkten der psychischen Hygiene erstrebt werden.

Herting (48) widmet einen Nekrolog dem langjährigen Vertrauensmann des Rheinischen Irrenhilfsvereins *A. Pohlmann.*

Schulte (120) führt zum Thema der Beschäftigungstherapie, Frühentlassung und Außenfürsorge interessante Stellen aus deutschen und ausländischen Veröffentlichungen an, woraus zu ersehen ist, daß auch früher schon teilweise ähnliche Bestrebungen wie jetzt herrschten, ohne aber systematisch durchgeführt zu werden.

Rein (96) wendet sich gegen die vorzeitige Anstellung unausgebildeter Ärzte mit hohen Anfangsgehältern und besonders gegen die Besetzung der leitenden Stellen nicht nach Tüchtigkeit und Erfahrung, sondern allein nach persönlicher Konnexion und parteipolitischer Einstellung. Auch das religiöse Bekenntnis ist nicht ausschlaggebend für die persönliche Eignung zum Direktor einer öffentlichen Irrenanstalt. Für die beamteten Ärzte der preußischen Provinzen fordert er die Amtsbezeichnung Medizinalrat.

Bei Erörterung der Frage, ob der Anstaltsarzt wissenschaftlich arbeiten muß, empfiehlt *Meltzer* (81) wöchentliche Zusammenkünfte der Ärzte zur wissenschaftlichen Weiterbildung mit Referaten über die wichtigeren Arbeiten. Nur wer Neigung und Geschick dazu habe, soll sich auf schöpferische wissenschaftliche Arbeit einlassen. So wichtig die anatomisch-histologische Arbeit sei, so stehe sie doch der psychologisch-psychiatrischen an Bedeutung nach. Die medizinischen Fakultäten und Forschungsinstitute sollten mit den Anstalten viel mehr wie bis jetzt in Beziehungen treten. Auch die organisatorische und soziale Tätigkeit gehöre zur wissenschaftlichen Arbeit. Für die Allgemeinheit sei das ärztliche Ethos der Anstaltsärzte das wichtigste Moment.

Morgenthaler (83) analysiert die Einstellung der Ärzte zum Anstaltspersonal. Nicht selten sei die Einstellung zu politischen und gewerkschaftlichen Fragen, manchmal auch zu Untergebenen im allgemeinen, stark komplexbetont, ja direkt neurotisch gefärbt. Die Hauptsache sei die unerschütterliche innere Einstellung, die uns der Wirklichkeit in jedem Moment gerecht werden lasse. Die Parteischablone werde dann als das bewertet, was sie ist, nämlich eine mehr oder weniger brauchbare äußere Form, die aber niemals das allgemein Menschliche einengen oder gar er-

sticken dürfe. Auch im politischen Gegner müsse man in erster Linie den Menschen sehen.

Aus der von *Waßmer* (138) gegebenenen Schilderung der Wirtschaftsführung der Anstalt Emmendingen in den letzten 15 Jahren gewinnt man einen lebendigen Eindruck von den großen Schwierigkeiten in der Kriegs- und Inflationszeit, die mit Geschick überwunden wurden.

Die Nervenklinik Wiesengrund der Wittenauer Heilstätten zeigt nach *Baar* (2), daß die Angliederung einer offenen Nervenabteilung an die Irrenanstalt sogar zur Einnahmequelle werden kann. — In die Grundsätze und Erfahrungen bei der künstlerischen Gestaltung von Krankenräumen geben die Darlegungen von *Wenzel* (141) einen sehr anregenden Einblick.

Kolb (68) veranstaltet eine Umfrage zu Erstattung eines Berichts über die künftige Gestaltung der Irrenanstalten unter besonderer Berücksichtigung der offenen Fürsorge, der offenen Nervenabteilungen und der Abteilungen für Süchtige.

In 3 Berichten an den Landeshauptmann von Niederschlesien kommt *Neisser* (88) zu dem Schluß, daß noch für längere Zeit für eine gesteigerte Zahl von Pflegebedürftigen Aufnahmemöglichkeiten zu schaffen sind, fordert als Maßnahme zur Behebung des Platzmangels vor allem Vermehrung der Ärztezahl (1 Arzt auf 175 Kranke wurde daraufhin zugestanden) und äußert sich zu der Frage der Trennung von Heil- und Pflegeanstalten.

Rittershaus (102) teilt 2 Gerichtsentscheidungen mit, die die Haftpflicht der Angehörigen von Geisteskranken betreffen, weist auf die hier vorhandenen Mängel unserer Gesetzgebung hin und wiederholt seine Vorschläge für ein Fürsorgegesetz für psychisch Erkrankte.

Kauschansky (61) geht kurz auf die Frage ein, wieweit nach den verschiedenen Gesetzbüchern mangelnde geistige oder physische Gesundheit als Ehehindernis gilt.

In dem großen, im Auftrage der Badischen Historischen Kommission herausgegebenen Sammelwerk bedeutender Badenser hat *M. Fischer* (32a) die Persönlichkeit und den Lebenslauf *Krafft-Ebings* beschrieben: Seinen glänzenden Aufstieg von Illenau über Straßburg und Graz nach Wien, seinen regen wissenschaftlichen Trieb und seine menschliche Größe als Arzt.

H. Müller.

II. Anstaltsberichte.

1. Bernische kant. Irrenanstalten: Waldau, Münsingen, Bellelay. Bericht für 1928. Dir.: Prof. Dr. *W. von Speyr,* Dr. *U. Brauchli,* Dr. *H. Knoll.*
2. Breslau. Städtische Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke. Bericht für 1928. Dir.: Dr. *Chotzen.*
3. Eglfing, b. München. Oberbayerische Heil und Pflegeanstalt. Bericht für 1928. Dir.: Dr. *Ast.*
4. Haar, b. München. Oberbayerische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1928.
5. Herisau, Appenzell-Außerrhoden. Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1928. Dir.: Dr. *O. Hinrichsen.*
6. Klingenmünster. Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1928. Dir.: Dr. *J. Klüber.*

7. Meseritz-Obrawalde. Landes-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1928.
8. Münsterlingen, Thurgau. Irrenanstalt. Bericht für 1928. Dir.: Dr. *Wille*.
9. Rosegg und Pflegeheim Fridau, Solothurn. Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1928. Dir.: Dr. *Moritz Tramer*.
10. Freistaat Sachsen. Bericht über das Irrenwesen. 1923—1924.
11. Tannenhof, b. Lüttringhausen Rh. Bericht für 1928/1929. Dr. *Beelitz*.
12. Westfalen. Anstalten Marsberg, Lengerich, Münster, Eickelborn, Aplerbeck, Warstein, Gütersloh, St. Johannisstift zu Marsberg. Bericht für 1927.

Bayern: Eglfing: Zugang 292 (145 m., 147 w.), Abgang 274 (124 m., 150 w.). Stand am 31. 12. 28: 1400 (652 m., 748 w.). Es wurden nicht unwesentliche Schritte zur Rationalisierung getan. Die psychiatrische Beratungs- und Fürsorgestelle in München betreute 666 Personen (292 m., 274 w.), die Sprechstunde hatte eine Besuchsziffer von 1926 bei 434 Einzelfällen, es wurden 2160 Hausbesuche bei 523 Einzelfällen gemacht. Die Prosektur der deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie bei den oberbayerischen Heilanstalten machte 258 Sektionen, darunter neuerdings auch in karitativen Anstalten. — Haar: Zugang 231 (100 m., 131 w.), Abgang 198 (85 m., 113 w.). Stand am 31. 12. 28: 840 (371 m., 469 w.). Der Kreis der Selbstzahler ging zurück. Weiter ausgebaut wurde die psychiatrische Beratung von Pflege- und Erziehungsanstalten. Im Kinderhaus war der Zugang 67 (39 m., 28 w.), Abgang 74 (38 m., 36 w.). Stand am 31. 12. 28: 47 (31 m., 16 w.), darunter 3 Folgezustände von Kopfgrippe. — Klingenmünster: Zugang 351 (177 m., 174 w.), Abgang 306 (153 m., 151 w.). Stand am 31. 12. 28: 988 (486 m., 402 w.). Die Außenfürsorgestelle für Geisteskranke berichtet über eine ausgedehnte Tätigkeit.

Preußen: Breslau: Zugang 1704 (1079 m., 625 w.), Abgang 1753 (1126 m., 627 w.). Stand am 31. 3. 29: 184 (82 m., 102 w.). Eine Psychopathin mit Erregungszuständen zur Zeit der Menses wurde mit ihrem Einverständnis kastriert, ohne daß die geistige Verfassung geändert wurde. Erwähnt werden 2 Fälle von Pellagra. — Meseritz-Obrawalde: Zugang 275 (175 m., 100 w.), Abgang 247 (147 m., 100 w.). Bestand am 31. 3. 29: 690 (358 m., 332 w.). — Westfalen: Marsberg: Zugang 117 (60 m., 57 w.), Abgang 49 (27 m., 22 w.). Stand am 31. 3. 28: 614 (275 m., 339 w.). Lengerich: Zugang 236 (144 m., 92 w.), Abgang 165 (95 m., 70 w.). Stand am 31. 3. 28: 842 (420 m., 422 w.). — Münster: Zugang 504 (268 m., 236 w.), Abgang 452 (264 m., 118 w.). Stand am 31. 3. 28: 859 (419 m., 440 w.). — Eickelborn: Zugang 322 (164 m., 158 w.), Abgang 295 (150 m., 145 w.). Stand am 31. 3. 28: 1450 (742 m., 726 w.). — Aplerbeck: Zugang 342 (178 m., 164 w.), Abgang 228 (126 m., 102 w.). Stand am 31. 3. 28: 754 (380 m., 374 w.). — Warstein: Zugang 527 (272 m., 255 w.), Abgang 296 (155 m., 141 w.). Stand am 31. 3. 28: 1311 (1533 m., 778 w. — Gütersloh: Zugang 456 (249 m., 207 w.), Abgang 284 (130 m., 154 w.). Stand am 31. 3. 28: 877 (388 m., 489 w.). — St. Johannisstift zu Niedermarsberg: Zugang 34 (11 m., 23 w.), Abgang 37 (24 m., 13 w.). Stand am 31. 3. 28: 607 (322 m., 285 w.). — Stiftung Tannenhof bei Lüttringhausen: Zugang 228 (99 m.,

129 w.), Abgang 243 (103 m., 140 w.). Stand am 1. 4. 29: 545 (222 m., 323 w.). Frische Fälle von Paralyse waren sehr selten.

Freistaat Sachsen: Das Landesgesundheitsamt berichtet über das Irrenwesen für die Jahre 1923—1924; aus dem umfangreichen Zahlenmaterial sei der Anfangsbestand von 1924 mitgeteilt: Arnsdorf 990 (380 m., 610 w.). Dösen 998 (445 m., 543 w.). Großschweidnitz 487 (198 m., 289 w.). Hubertusburg 767 (250 m., 517 w.). Sonnenstein 398 (158 m., 240 w.). Untergöltzsch 410 (160 m., 250 w.). Zschadraß 545 (239 m., 306 w.). Die Anstalt Coldiz wurde Februar 1924 aufgelöst. Waldheim hatte 1924 einen Anfangsbestand von 148 m., die Anstalt für Epileptische zu Hochweitzschen hatte 1924 einen Endbestand von 836 (363 m., 473 w.), Chemnitz-Altendorf Anfangsbestand 1924 571 (368 m., 173 w.). Großhennersdorf: Anfangsbestand 1924: 202 (118 m., 84 w.). Maria Annaheim in Pirna: Endbestand 1924: 17 Nervenkranke, im Ambulatorium wurden 261 Kranke behandelt. Beigefügt ist ein Verzeichnis der wissenschaftlichen Arbeiten der Anstaltsärzte, eine kurze Statistik der Leipziger Klinik, der Städt. Anstalten in Dresden und Chemnitz.

Schweiz: Herisau: Aufnahmen 151 (67 m., 84 w.), Abgang 162 (77 m., 85 w.). Stand am 31. 12. 28: 314 (154 m., 160 w.). Die Zahl der Beschäftigten betrug bei den Männern 77%, bei den Frauen 70%. — Münsterlingen: Aufnahmen 218 (112 m., 106 w.), Abgang 208 (116 m., 92 w.), Bestand am 31. 12. 28: 467 (179 m., 288 w.). Die Zahl der Alkoholiker hat wieder zugenommen. — Rosegg: Aufnahmen 130 (61 m., 69 w.), Abgang 130 (58 m., 72 w.). Stand am 31. 12. 28: 419 (213 m., 206 w.), in Familienpflege 8 Kranke, ambulant beraten wurden 101. — Pflegeheim Friedau: Bestand am 31. 12. 28: 79 (33 m., 46 w.). — Waldau: Aufnahmen 231 (119 m., 112 w.), Abgang 209 (109 m., 100 w.). Stand am 31. 12. 28: 967 (475 m., 492 w.). — Münsingen: Aufnahmen 289 (177 m., 112 w.), Abgang 274 (173 m., 101 w.). Stand am 31. 12. 28: 961 (474 m., 487 w.). — Bellelay: Aufnahmen 44 (24 m., 20 w.), Abgang 43 (23 m., 20 w.). Stand am 31. 12. 28: 335 (143 m., 192 w.).

---

11. Gerichtliche Psychiatrie.

Ref.: W. Küffner-Arnsdorf.

1. *Alexander, F.*, u. *H. Staub*, Der Kampf ums Recht. Psychoanal. Bewegg. Jg. 1, 117.
2. *Ders.* u. *Ders.*, Der Verbrecher und seine Richter. Eine psychoanalytischer Einblick. Wien, Internat. Psychoanalytischer Verl. 125 S. 7,— M.

2a. *Alker, E.*, Prophetin und Verbrecherin. (Maria Åkerblom.) Mschr. Krim.psychol. 129.

3. *Alsberg, M.*, Die verminderte Zurechnungsfähigkeit. Kriminal. Mh. 221.

4. *Angelo, P.*, Die Abfindung der traumatischen Neurose. (Ref. *v. Diem.*) Schweiz. Z. Unfallmed. 15.
5. Angewandte Psychologie. Her. v. *Krueger* u. *Klemm.* (Bd. V der Neuen Psycholog. Studien.) 1. H. Gerichtliche Psychologie. München, C. H. Beck. 142 S. 7,50 M. (S. 252*).
6. *Aschaffenburg, G.*, Der Einfluß *Kraepelins* auf die Kriminalpsychologie und Kriminalpolitik. Arch. f. Psychiatr. **87**, 87.
7. *Barth, A.*, Die Enzephalographie in versicherungsrechtlicher Beziehung. Veröff. Med.verw. Bd. 30, H. 1 (H. 270). (Berlin, R. Schoetz. 47 S. 2,40 M.) (S. 253*).
8. Beiträge zur gerichtlichen Medizin, her. v. *A. Haberda.* Bd. IX. Leipzig und Wien, F. Deuticke. 238 S. 33,— M. (S. 253*).
9. *Beltrán, J. R.*, Alkohol und Verbrechen. Acta I. Confer. lat. amer. de neur. (Buenos Aires.) **2**, 944 (span.) (S. 259*.)
10. *Bennecke*, Meine psychiatrische Tätigkeit bei der sächsischen Armee. Allg. Z. Psychiatr. **92**, 150 (S. 253*).
11. *Berent, M.*, Schutz von Frauen und Kindern im Entwurf zum Strafgesetzbuch. Mschr. dtsch. Ärztinnen 167.
12. *Berggrav, E.*, Die Seele des Gefangenen. (Aus der Strafanstalt.) Übertr. a. d. Norweg. Göttingen, Vandenhoeck u. Rupprecht. 140 S. 4,20 M.
13. *Bernhard, H.*, Psychiatrie und Strafvollzugsreform. Soz. Med., Sonder-Nr. S. 80 (S. 119*).
14. *Bing, R.*, Parkinsonismus, Paralysis agitans und Unfall. Schweiz. m. W. 717.
15. *Birnbaum, K.*, Psychologische und somatologische Gerichtsmedizin. Dtsch. Z. gerichtl. Med. **14**, 205.
16. *Blinkov, S.*, Zur Frage nach dem Körperbau des Verbrechers. Mschr. Kriminalpsychol. 212 (S. 254*).
17. *Boeters*, Die Lösung eines schwierigen Sexualproblems. M. m. W. 1683 u. Dtsch. Z. öff. Gesdh.pfl. 96.
18. *Ders.*, Eine befreiende Tat der Zwickauer Justiz. Korresp.bl. ärztl. Kreis- u. Bez.ver. Sachsen. 353 u. Volksaufartg. 226 (S. 254*).
19. *Ders.*, Was will die Lex Zwickau? Volksaufartg. 262.
20. *Bostroem*, Bemerkungen zu *Riese:* Die Unfallneurose. Nervenarzt 606.
21. *Brandis, W.*, Epilepsie und Unfall. Med. Klin. 1178.
22. *Ders.*, Schädelbruch. Minderung der Erwerbsfähigkeit. Med. Klin. 1293.
23. *Buerschaper, H.*, Soziale Strafrechtspflege. Leipzig, F. C. W. Vogel. 141 S. 8,— M. (S. 254*).
24. *Busemann, A.*, Psychologische Beobachtungen anläßlich eines Sexualprozesses bei jugendlichen Zeuginnen. Z. angew. Psychol. **33**, 388.

25. *Coenen, H.*, Strafrecht und Psychoanalyse. Breslau, Schletter. 96 S. 3,80 M.
26. *Crosland, R.*, The psychological methods of word-association and reaction-time as tests of deception. Univ. Press Eugene.
26a. Dänischer Gesetzentwurf betr. Zulässigkeit der Sterilisation (9. 10. 1928). Volksaufartg.
27. *di Tullio, B.*, Anlage und Kriminalität. Z. Strafrechtswiss. **50**, 492.
28. *Ehmke, P.*, Der Exhibitionismus in ärztlicher und gerichtsärztlicher Betrachtung. Allg. ärztl. Z. Psychother. **2**, 680.
29. *Eliasberg, W.*, Nur ein Fall von Hysterie. Gibt es eine Verschlimmerung eines als Dienstbeschädigung anerkannten hysterischen Leidens? Med. Welt 968.
30. Entschädigungspflicht der sog. Unfallneurosen? Beitr. z. Rechtssprechg. des Reichsversicherungsamtes. 2. unver. Aufl. Leipzig, G. Thieme. 80 S. 4,50 M.
30a. *Evensen* und *Monrad-Krohn*, Charakterversimpelung mit unzüchtigem Benehmen als Folge eines Glioms im Stirnhirn. Gutachten. Bericht der gerichtsmedizinischen Kommission für 1928, Oslo 1929, norwegisch (S. 259*).
31. *Fischer* (Breslau), Zur Psychologie der Aussage. Dtsch. Jur.-Ztg. 6.
32. *Flesch, M.*, Gehirn und Veranlagung des Verbrechers. Berlin, W. de Gruyter u. Co. 151 S. 8,— M.
33. *Ders.*, u. *Jastrow*, Der Arzt als Sachverständiger in der Gerichtsverhandlung und der § 51 des bisherigen StGB. D. m. W. 2064.
34. *Fraeb, W. M.*, Zur Frage der Sicherungsverwahrung, Sterilisation und Kastration der Sexualverbrecher. Arch. Kriminol. **85**, 109.
35. *Franke, G.*, Weitere psychiatrische Schicksale des Falles D. der Arbeit: »Beiträge zur Simulationsfrage« in Bd. **58** ds. Arch. Arch. f. Psychiatr. **89**, 113.
36. *Freudenthal, D.*, Zur Täterpsychologie. Kriminal. Mh. 77.
37. *Friedberg, B.*, Begutachtung der Dienstfähigkeit von psychopathischen Beamten. Ärztl. Sachverst.ztg. 326.
38. *Friedländer, A. A.*, Eine forensisch-psychologische Betrachtung. Mschr. Kriminalpsychol. 406 (S. 254*).
39. *Froehlich, E.*, Zur Prognose traumatischer Gehirnschädigungen. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 74.
40. *Fünfgeld, E.*, Über die seelische Struktur einer »Hellseherin« (Beitr. z. Halluzinose u. zur Psychologie d. Denktätigkeit). Z. Neur. **119**, 547.

41. *Galant, J. S.*, Zur Psychologie der verwahrlosten Kinder. Mschr. Kriminalpsychol. 343 (S. 254*).
42. *Gaupp, R.*, Die »traumatische Neurose« bei der Bewertung von Unfallfolgen und die moderne Rechtsprechung. Chirurg. 865 (S. 254*).
43. *Gentz, W.*, Das Sexualproblem im Strafvollzuge. Z. Strafrechtswiss. **50**, 406.
44. Gesetz zur Vornahme der Sterilisation (Dänemark). Z. Kinderforschg. **35**, 650.
45. *Glueck, Sh.*, Principles of a rational penal code. Ment. Hyg. **13**, 1.
46. *Goetz, B.*, Die Unfallneurose. Krit. Bem. z. d. Buch v. *W. Riese*. Mschr. Kriminalpsychol. 535 (S. 255*).
47. *Ders.*, Epileptiker, Haltlose, Asoziale. Lücke im Gesetz? Med. Welt 28.
48. *Ders.*, Über weiblichen Exhibitionismus. Mschr. Kriminalpsychol. 162 (S. 255*).
49. *Graßl*, Unfruchtbarmachung auf eigenen Wunsch. Ärzt. Mitt. 955.
50. *Griesbach, H.*, Unfälle im Eisenbahnbetriebe. Med. Welt 1572.
51. *Großmann, A.*, Zur Psychologie und dynamischen Situation eines Mordes. Schweiz. m. W. 1405.
52. *Grünewald, M.*, Die kriminellen Anlagen und ihre Erblichkeit Fortschr. Gesdh.fürs. **2**, 430 u. Neue Generat. H. 4/5.
53. *Grünthal, E.*, Kritische Bemerkungen zu »Schwere organische Gehirnerkrankung als Unfallfolge« von *Röll*. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 282.
54. *Gummersbach, H.*, Ein masochistischer Säurespritzer? Mschr. Kriminalpsychol. 222 (S. 255*).
55. *Gutheil, E.*, Impotenz und Gesetz. Allg. ärztl. Z. Psychother. **2**, 561.
56. *Haenisch, G.*, Begutachtung von Schädelverletzungen und Neurosen. Med. Welt 1295.
57. *Ders.*, Unfalls-, Renten-, Kriegsneurose? Landarzt 607.
58. *Hapke, E.*, Über die Bedeutung des Anlagefaktors im verbrecherischen Charakter. Z. angew. Psychol. **33**, 1.
59. *Hellwig, A.*, Der Insterburger Hellseherprozeß. Arch. f. Psychiatr. **86**, 177.
60. *Ders.*, Die Tätigkeit von Frau Günther-Geffers in dem Wiederaufnahmeverfahren Riedel-Guala. Arch. f. Psychiatr. **88**, 1.
61. *Ders.*, Okkultismus und Verbrechen. Berlin, Dr. P. Langenscheidt. 386 S. 21 M. (S. 255*).

62. *Ders.*, Über die Technik von Gegenüberstellungen zur Feststellung der Persönlichkeit. Z. angew. Psychol. **34**, 213.
63. *Ders.*, Zwei Fälle von kriminellem Hexenglauben. Arch. f. Psychiatr. **87**, 791.
64. *Henneberg, R.*, Manisch-depressive und schizophrene Zustände. Lücke im Gesetz? Med. Welt 23.
65. *v. Hentig, H.*, Exhibitionisten-Statistik. Mschr. Kriminalpsychol. 327 (S. 256*).
66. *Herbertz, R.*, Ein einzigartiger Fall von »fixer Idee« eines Verbrechers. Kriminal. Mh. 8.
67. *Ders.*, Kriminalpsychologisches. Psychol. Rdsch. Jg. **1**, 5 u. a.
68. *Herschmann, H.*, Der Vorentwurf zu einem italien. Strafgesetz (1927) vom forens.-psychiatr. Standpunkt. Arch. f. Psychiatr. **87**, 416 (S. 256*).
69. *Ders.*, Schwurgerichtskrise und forensische Psychiatrie. Beitr. gerichtl. Med. **9**, 56 (S. 253*).
70. *Hesse, E.*, Die Unfruchtbarmachung von Geisteskranken, geistig Minderwertigen und Verbrechen. Ärztl. Ver.bl. 116 (S. 256*).
71. *Hoche, A.*, Gutachten über den Priester R. Nervenarzt 153.
72. *v. Hoeßlin, R.*, Ein Mahnwort für Gutachter. M. m. W. 1721.
73. *Hübner, A. H.*, Entscheidungen oberster Gerichte. Fortschr. Neur. 474, 522, 558 (s. Allg. Z. Psychiatr. **93**, 127).
74. *Hügelmann*, Die Commotio cerebri und ihre Bewertung. M. m. M. 1634.
75. *Jacobi, E.*, Invaliditätsbegutachtungen bei psychischen Veränderungen im Klimakterium. Arch. f. Psychiatr. **87**, 599 (S. 256*).
76. *Jolly, Ph.*, Das neue spanische Strafgesetzbuch vom Standpunkt des Psychiaters. Arch. f. Psychiatr. **88**, 98 (S. 256*).
77. *Joßmann*, Über die Bedeutung der Rechtsbegriffe »äußerer Anlaß« und »innerer Zusammenhang« für die medizinische Beurteilung der Rentenneurose. Nervenarzt 385.
78. *Junkenitz*, Zur Begutachtungsfrage von Kriegshysterikern. Bayer. Ärzteztg. 187.
79. *Kallmann, F.*, Zur Psychopathologie des abergläubischen Verbrechers. Mschr. Psychiatr. **72**, 37.
80. *Kankeleit, O.*, Die Unfruchtbarmachung aus rassenhygienischen und sozialen Gründen. München, J. F. Lehmann. 112 S. 5,50 M.
81. *Karpman, B.*, Psychoses in criminals. J. nerv. Dis. **70**, 520, 622.
82. *Kaskel, E.*, Rentenneurose und Reichsgerichtsentscheidung. M. m. W. 1178.

83. *Kinberg, O.*, La protection légale de l'aliéné devant un tribunal suédois. Acta psychiatr. (Københ.) **4**, 341.
84. *Kistel, P.*, Wie stellt sich der Entwurf zu einem Schweizerischen Strafgesetzbuch zur Alkoholfrage? Alkoholfrage 252.
85. *Kleist, K.*, Zur gutachtlichen Bedeutung der ungewöhnlichen autochthonen Psychosen, sog. Degenerationspsychosen. Allg. Z. Psychiatr. **90**, 446 (S. 256*).
86. *Kley*, Ein Beitrag zur Psychologie der Aussage in Bildern. Kriminal. Mh. 149.
87. *Klieneberger, O.*, Zur Beurteilung der Unfallneurose. Dtsch. Z. Nervenheilk. **111**, 170.
88. *Knauer, A.*, Zur Erkennung und Begutachtung der Hirnerschütterung und ihrer Spätfolgen. Mschr. Unfallheilk. **8**, 337.
89. *v. Koppenfels*, Zur Frage der Ausbildung in Kriminalbiologie. Mschr. Kriminalpsychol. 160 (S. 256*).
90. *Krasusky, W. S.*, Erfahrungen durch das Vergleichsstudium der Konstitutionseigenheiten bei normalen Kindern, jugendlichen Rechtsübertretern u. psychisch kranken Kindern. Mschr. Kriminalpsychol. 76 (S. 257*).
91. Kriminalbiologie und Individualpsychologie (Jahr.vers. d. Gefängn.Ges. Prov. Sachsen u. Anhalt 1929). Halle a. d. S., Gefängn.gesellsch. 116 S. 3,— M.
92. *Lange, W.*, Stand der Sterilisation in Kalifornien. II. Z. Behandlg. Anomaler 54.
93. 1. *v. Leibbrand, W.*, 2. *Juliusburger, O.*, Lücke im Strafgesetz? Der Standpunkt der frei praktizierenden Psychiater. Med. Welt 96.
94. *Leibbrand, W.*, Psychoanalyse und Strafreform. Psychiatr.-neur. Wschr. 607.
95. *Leppmann, F.*, Schlaftrunkenheit als Bewußtlosigkeit im Sinne des § 51 StGB. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 293.
96. *Ders.*, »Zurechnungsfähigkeit« im geltenden und im künftigen deutschen Strafrecht. Ärztl. Ver.bl. 267 (S. 257*).
97. *Ders.*, Zur zivilrechtlichen Begutachtung des Geisteszustandes bei Gehirnkrankheiten. (Chr. Veitstanz — Vormundschaft.) Ärztl. Sachverst.-Ztg. 375.
98. *Lewy, F. H.*, Encephalitis-Restzustände, Arteriosklerotische und senile Gehirnerkrankungen, Alkoholismus. Lücke im Gesetz? Med. Welt 25.
99. *Lische, R.*, Begutachtung von Hysterikern (vgl. *Eliasberg*). Med. Welt 1297.
100. *Löwenstein, O.*, Über die psychiatrische Begutachtung von Kindern und Jugendlichen und die Grenzen der geltenden Fürsorgegesetze. Allg. ärztl. Z. Psychother. 11.

101. *Lungwitz, H.*, Psychobiologische Erziehung der Strafgefangenen. Arch. Kriminol. **84**, 118.
102. *Marbe, K.*, Ein experimentelles Gerichtsgutachten über Intelligenz und Glaubwürdigkeit eines erwachsenen Mädchens. Arch. Kriminol. **85**, 1 (S. 257*).
103. *Margerie*, Zur Begutachterfrage von Kriegshysterikern. Bayer. Ärzteztg. 214.
104. *Marx, A. M.*, Mord im hysterischen Dämmerzustand. Arch. Kriminol. **85**, 202.
105. *Meggendorfer, F.*, Gerichtliche Psychiatrie. Fortschr. Neur. 159 (s. Allg. Z. Psychiatr. **90**, 242).
106. *Meltzer*, Die Zeugenaussagen von Kindern und Jugendlichen und die Lehrerschaft. Psychiatr.-neur. Wschr. 611, 621 (S. 257*).
107. *Mendel, K.*, Multiple Sklerose und Unfall. Med. Klin. 999.
108. *Menzel, R.*, u. *A. Hansen*, Die Beurteilung der Rentenneurose im Ausland. Med. Welt. 1306 (S. 257*).
109. *Dies., Mingazzini, Vigdortschik.* Die Beurteilung der Rentenneurose im Ausland. Med. Welt. 1306, 1701.
110. *Michael, M.*, Experimentelle Syphilidologie und Unfallheilkunde. Mschr. Unfallheilk.. 481.
111. Mitteilungen der kriminalbiologischen Gesellschaft. (Her. Krim. Inst. Graz.) Bd. 2. Tagung Oktober 1928. Graz, U. Moser. 216 S. 15,— M.
112. *Möllenhoff, F.*, Morphinisten. Lücke im Gesetz? Med. Welt. 29.
113. *Mönkemöller*, Enzephalitis und Verbrechen. Psychiatr.-neur. Wschr. 398.
114. *Moll, A.*, Eine Kritik der Gutachten *Hoffmann*s und *Stern*s über Sittlichkeitsvergehen vom Standpunkt des Sexualforschers. Dtsch. Philolog.-Bl. Nr. 18 (S. 257*).
115. *Ders.*, Sexualverbrechen und Trunksucht. (Lücke im Gesetz?) Med. Welt 21.
116. *Ders.*, Sterilisierung und Verbrechen. Kriminal. Mh. 121.
117. *Moser, G.*, Sterilisierung und Verbrechen. Z. Sex.wiss. **16**, 340.
118. *Moser, K.*, Zur Frage der sogen. »selbstverschuldeten« Trunkenheit und ihrer Bedeutung für die Alkoholkriminalität und Trinkerfürsorge . Arch. f. Psychiatr. **86**, 382.
119. *Mueller, B.*, Zur Terminologie und forensischen Beurteilung alkoholischer Rauschzustände. Dtsch. Z. gerichtl. Med. **14**, 296.
120. *Müller-Heß* u. *Hübner*, Die sexualpathologischen, psychiatrisch-psychologischen u. gerichtlich-medizinischen Lehren des Hußmannprozesses. Dtsch. Z. gerichtl. Med. **14**, 158.

121. *Ders.*, u. *F. Wiethold*, Zu den neueren Problemen in der Kriminalbiologie. J.kurse ärztl. Fortbildg. **9**, 1.
122. *Oetker*, Strafvollstreckung und Strafvollzug an kranken Gefangenen. Gerichtssaal **98**, 241.
123. *Oseretzky, N. J.*, Die Sexualkriminalität der Minderjährigen. Mschr. Kriminalpsychol. 705 (S. 257*).
124. *Otten, A.*, Dynamometrische und ergographische Untersuchungen als Hilfsmittel bei Begutachtung Hirnverletzter. Mschr. Psychiatr. **72**, 338 (S. 258*).
125. *Pfefferkorn, A.*, Beiträge zur Gutachtertätigkeit. (Gehirnkrankheit?) Hippokrates 146.
126. *Plaut, P.*, Aussage und Umwelt in Sittlichkeitsprozessen. Halle a. S., C. Marhold. 77 S. 3,80 M.
127. *Ders.*, Die Sexualbestimmungen im neuen deutschen Strafgesetzentwurf. Kriminal. Mh. 56.
128. *Ders.*, Richtlinien für die polizeiliche Vernehmung von Kindern und Jugendlichen. Z. angew. Psychol. **34**, 311.
129. *Ders.*, Zur Zeugenaussage Erwachsener. (Z. Hußmann-Prozeß.) Z. angew. Psychol. **32**, 321.
130. *Pötzl, O.*, Nach welchen Gesichtspunkten ist die Testierfähigkeit von Kranken nach Gehirnschlag zu beurteilen? Mitt. Volksgesdh.amt (Wien) 281.
131. *Porto Carrero, J. P.*, Die psychoanalytische Auffassung der Strafe. Acta I Confer. lat.-amer. de neur. (Buenos-Aires) **1**, 394 (portug.).
132. *Quensel*, Der Streit und die Beurteilung der Unfallneurosen. Med. Klin. 213.
132a. *Rasmus, K.*, Zum Problem des geborenen Verbrechers. Bonn, Inaug.-Diss.
133. *Reuter, F.*, Bemerkungen zu dem Aufsatze von *Schorn* »Der Gerichtsarzt« und zu den Erwiderungen. Mschr. Kriminalpsychol. 230 (S. 258*).
134. *Ders.*, Ist die reichsdeutsche Fassung des § 245 (Mord) u. der § 246 (Totschlag) des StG.entwurfes 1927 der österreichischen vorzuziehen? Dtsch. Z. gerichtl. Med. **13**, 140.
135. *Ders.*, Lücke im Strafgesetz? Sterilisierung der Verbrecher. Med. Welt 60, 98.
136. *Riese, W.*, Eine wichtige Entscheidung des Reichsgerichtes über die sog. Rentenhysterie. M. m. W. 928.
137. *Ders.*, Krieg und Schizophrenie (aus Gutachten). Allg. ärztl. Z. Psychother. **2**, 741.
138. *Ders.*, Querulantenwahn. Mschr. Kriminalpsychol. 428 (S. 258*).
139. *Ders.*, Über den Mißbrauch des Konstitutionsbegriffes (zumal im ärztl. Gutachten). D. m. W. 1244.

140. *Ders.*, Unfallneurose vom sozialärztlichen Standpunkt. Sozialist. Arzt 21.
141. *Riggenbach, O.*, Beitrag zur Klinik und Begutachtung atypisch verlaufender traumatischer Psychosen. Dtsch. Z. gerichtl. Med. **14**, 325.
142. *Röder, H.*, Die Behandlung der geistig Minderwertigen im zukünftigen Strafvollzugsgesetz. Irrenpfl. 135.
143. *Röll, A.*, Schwere organische Gehirnerkrankung als Unfallfolge. Ärztl. Sachverst.ztg. 147.
144. *Rojas, N.*, Die forensische Lage des mit Malaria behandelten Paralytikers. Acta I. Confer lat.-amer. de neur. (Buenos-Aires) **2**, 343 (span.).
145. *v. Romberg, E.*, u. *F. W. Bremer*, Encephalitis epidemica und Kriegsdienstbeschädigung. M. m. W. 570.
146. *Rosenfeld, M.*, Was hat man unter persönlichen Eigenschaften im Sinne des § 1333 des BGB. zu verstehen? D. m. W. 1075 (S. 258*).
147. *Rubensohn, E.*, Über die Spätfolgen eines Kopfschusses u. deren Begutachtung. Ärztl. Sachverst.ztg. 23.
148. *Ruhemann, K.*, Selbstmord eines Melancholikers, 3 1/2 Monat nach Schreckreaktion, als Betriebsunfall nicht anerkannt. Mschr. Unfallheilk. 217.
149. *Ders.*, Über die Beziehungen von Hirngefäßverkalkung u. Blutdrucksteigerung mit Kopfverletzung. Mschr. Unfallheilk. 28.
150. *Salinger, F.*, Zur Frage der forensischen Bedeutung der Malariabehandlung der Paralyse. Dtsch. Z. gerichtl. Med. **14**, 428.
151. *Ders.*, u. *F. Kallmann*, Zur Frage der Verschlimmerung bösartiger Geschwülste durch unfallbedingte Metastasenbildung. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 135 (S. 258*).
152. *Schackwitz*, Seelenkunde u. gerichtliche Medizin. Dtsch. Z. gerichtl. Med. **13**, 310.
153. *Schläger*, Unfallneurose und Rechtsprechung des Reichsgerichts. Med. Klin. 1569.
154. *Schlieper, H.*, Ist Notzucht mittels Suggestion oder Hypnose möglich? Kriminal. Mh. 244.
155. *Schmitt, W.*, Die Begutachtung der traumatischen Neurose (Unfallneurose). Prakt. Arzt 3 (S. 258*).
156. *Schneider, K.*, Abnormität und Krankheit im Psychischen Mschr. Kriminalpsychol. 592 (S. 258*).
157. *Ders.*, Typenbildung in der Kriminalistik. Mschr. Kriminalpsychol. 332 (S. 258*).
158. *v. Schnizer*, Dienstbeschädigung für Gehirnembolie abgelehnt. Med. Klin. 232.

159. *Scholtze, G.*, Die »Unfall-(Kriegs-)Neurose«. Mschr. Unfallheilk. 261 u. Ärztl. Mschr. 188.
160. *Schütt, E.*, Die Sterilisierung Minderwertiger u. Verbrecher. Z. Med.beamte 360.
161. *Schuster, P.*, Neurotische Krankheitszustände. Lücke im Gesetz? Med. Welt 26.
162. *Schwarz, H.*, Einige Bemerkungen zur Rentenneurose. Mschr. Psychiatr. **71**, 231 (S. 258*).
163. *Seelert, H.*, Entmündigung wegen Geisteskrankheit oder wegen Geistesschwäche? Psychiatr.-neur. Wsch. 301 (S. 259*).
164. *Sieverts, R.*, Die Wirkungen der Freiheitsstrafe u. Untersuchungshaft auf die Psyche der Gefangenen. Mannheim, J. Bensheimer. 187 S. 9,— M. (S. 259*).
165. *Simon, A.*, Selbstmord bei einem Amputierten und die Beziehungen von Selbstmord und Sexualleben. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 311.
166. *Ders.*, Selbstmord u. Rentenentziehung. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 343.
167. *Steinitzer, H.*, Graphologie und Verbrechertum. Z. Menschenkde. Jg. **5**, 180.
168. Sterilisation, Die, von Verbrechern. Korr.bl. ärztl. Bez.ver. Sachsen 15.
169. *Stiefler, G.*, Die sog. Unfallneurose. Fortschr. Neur. 544 (s. Allg. Z. Psychiatr. **93**, 132).
170. Die Strafbarkeit homosexueller Betätigung. Beratungen im Strafrechtsausschuß. Ärztl. Ver.bl. 759.
171. *Straßmann, G.*, Die gerichtsärztliche Behandlung der Querulanten. Dtsch. Z. gerichtl. Med. **13**, 146.
172. *Székely, K.*, Tödliche Erwürgung oder natürlicher Tod im epileptischen Anfall? Beitr. gerichtl. Med. **9**, 205.
173. *Tegeler*, Die Unfallneurosen in der jetzigen Begutachtung. Z. ärztl. Fortbildg. 165.
174. *Theilhaber, F.*, Der Arzt und die Sexualgesetzgebung. Sozialist. Arzt. Jg. **5**, 157.
175. *Themal, F.*, Lücke im Gesetz? Der juristische Standpunkt. Med. Welt 29.
176. *Villinger, W.*, Kriminalbiologie. Fortschr. Neur. 493 (s. Allg. Z. Psychiatr. **93**, 128).
177. *Vollmer, E.*, Über einen Fall von elektrischem Hirntod. Z. Med.beamte 107.
177a. *Vogt, R.*, Zurechnungsfähigkeit und Sicherungsrecht nach dem Gesetz vom 22. 2. 1929. Bericht der gerichtsmediz. Kommission für 1928 (norw.) Oslo (S. 259*).
178. *Wachholz, L.*, u. *J. Olbrycht*, Forensische Bedeutung der

Schriftveränderung durch Krankheit. Dtsch. Z. gerichtl. Med. **13**, 303.

179. *Wachinger*, Rauschgiftmißbrauch und seine Bekämpfung im geltenden Recht und in den Reformvorschlägen. (Vortr.) Mschr. Kriminalpsychol. 671.

180. *Wagner, O.*, Strafrechtsreform u. Sexualreform. Med. Welt 1087, 1118, 1160, 1487, 1558.

181. *Wagner-Jauregg, J.*, Schwurgericht u. psychiatrische Sachverständige. W. kl. W. 269.

182. *Walcher, K.*, Über Bewußtlosigkeit und Handlungsunfähigkeit. Dtsch. Z. gerichtl. Med. **13**, 313.

183. *Warstadt, A.*, Vergleichende kriminalbiologische Studien an Gefangenen. Z. Neur. **120**, 178 (S. 259*).

184. *Weiler*, Zur Begutachtungsfrage der hysterischen Kriegsteilnehmer. Bayer. Ärzteztg. 199.

185. *v. Weizsäcker*, V., Über Rechtsneurosen. Nervenarzt 569.

186. *Wetzel, A.*, Zur Frage der »Rentenneurose«. Nervenarzt 461.

187. *Wiegand*, Traumatische Neurose. Z. ärztl. Fortbildg. 301.

188. *Wiethold, F.*, Zur Frage der Bestrahlungsbehandlung von Sittlichkeitsverbrechern. Dtsch. Z. gerichtl. Med. **14**, 432.

189. *Willer, H.*, Transitorische Störungen unter der Geburt und ihre forensische Bedeutung. Dtsch. Z. gerichtl. Med. **13**, 47.

190. *Wimmer, A.*, Über das Fehlen des Bewußtseins von Tatbestandsmerkmalen bei ungeordneten Triebhandlungen. Z. Strafrechtswiss. **49**, 675.

191. *Wreschner, W.*, Die rechtliche Behandlung der Unfallneurosen. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 204.

192. *Würfler, P.*, Pathologischer Aberglaube. Gutachten über Prozeßfähigkeit. Allg. ärztl. Z. Psychother. **2**, 630, dazu *C. Haeberlin* 696, *E. Speer* 698, *Götz* 752, *Würfler* 754.

193. *Zum Busch, J. P.*, Die Sterilisation der Untauglichen. (Med.-leg. soc. London.) D. m. W. 1389.

Über Angewandte Psychologie (5) haben *Krueger* und *Klemm* in »Neue psychologische Studien« Arbeiten herausgegeben, deren erstes Heft sich mit gerichtlich-psychologischen Problemen beschäftigt.

Klemm erprobte an Kriminalbeamten eine für diese erdachte Eignungsprüfung und verglich die Resultate mit Diensturteil und Abschlußprüfung. Bei aller kritischen Reserve, die sich Verf. selbst auferlegt, waren die Ergebnisse günstig. — Ferner versuchte er die *Benussi*sche Atmungssymptomatik bei 6 Untersuchungsgefangenen. Das Resultat war unsicher. — Des weiteren wohnte *K.* als Sachverständiger den Untersuchungen des Kriminalamtes Leipzig an 10 Hellseherinnen und 1 Hellseher bei. Die Leistungen waren völlig ungenügend. Es fand sich keine Möglichkeit, nach experimentell-psychologischen Methoden zur Entscheidung beizutragen.

Aber auch die positiven Berichte über hellseherische Leistungen ermutigen nach Ansicht des Verf. kaum zu weiteren Versuchen ähnlicher Art. —

Einer Arbeit *Klemms* über »Zufall und Geschicklichkeit«, welche das Fangen am Bajazzo-Automaten, das Balancieren am Balance-Automaten und das Werfen im Spielautomaten »Wupptich« behandelt, sowie der Ausführungen von *Ilse Benscher* »Zur Psychologie des Gedankenlesens« sei nur kurz Erwähnung getan.

Barth (7): Die Enzephalographie darf nur mit Einwilligung des Kranken oder seines gesetzlichen Vertreters vorgenommen werden. Sie ist weder gefahrlos, schmerzlos noch sicher erfolgreich. Ein Druck auf einen Versicherten zur Duldung dieses Eingriffes kann daher nicht ausgeübt werden. Vertragliche Einwilligungen sind ungültig und können widerrufen werden. Der Wert der Enzephalographie ist umstritten. Nennenswerte versicherungsrechtliche Bedeutung kommt ihr daher noch nicht zu. Bei Vornahme des Eingriffes aus rein wissenschaftlichen Gründen ist der Versicherte über alle möglichen Folgen aufzuklären. Zu diesen Schlüssen kommt *B.* auf Grund eingehender Studien. (215 Lit.-Angaben.) Auch außerhalb des Versicherungsrechtes verdient die Arbeit weitgehende Beachtung.

Band IX der Beiträge zur gerichtlichen Medizin (8) bringt eine Reihe für den Psychiater interessanter Aufsätze. Besonders hervorgehoben seien die folgenden Arbeiten:

Höpler weist auf die Gründe des Anschwellens des Prozeßumfanges hin. Die Schöffengerichtsbarkeit erfordere breitere Erörterung der Beweismittel. Die moderne Auffassung der Strafzumessungsgründe und insbesondere das Vorbringen des Sachbeweises bedinge weit stärkere Heranziehung des Sachverständigen wie in früheren Zeiten. Für die Frage des Sachverständigenbeweises sei im künftigen Strafverfahren von grundsätzlicher Bedeutung: 1. das unbedingte Recht des Beschuldigten auf Gehör, Erhebung der beantragten Beweise, Mitteilung der Ermittlungsergebnisse und formelle Verteidigung im Vorverfahren, 2. die möglichste Befreiung der Hauptverhandlung vom Vorverfahren und die Übertragung der Beweisaufnahme an die Partei. Bedenken bestünden, die Vornahme des Augenscheines nicht unter die Leitung der Untersuchungsbehörde zu stellen. Eine solche Beweissicherung müsse in feste Hände gelegt werden. — *Herschmann* (69) stellt ein Versagen der Schwurgerichte in der Zurechnungsfähigkeitsfrage fest. Die Geschworenen seien dafür in keiner Weise ausgerüstet. Daher sei vom psychiatrischen Standpunkt aus die österreichische Regierungsvorlage über die Reform der Schwurgerichtsbarkeit zu begrüßen. Es sei zu hoffen, daß die Laienrichter in der gemeinsamen Beratung mit den Berufsrichtern auch in der Zurechnungsfähigkeitsfrage richtiger urteilen würden als bisher. Voraussetzung sei aber vertiefte kriminalpsychologische und forensich-psychologische Ausbildung der Berufsrichter. — *Entz* berichtet über einen Fall von Lustmord. Der Täter hatte einige Jahre vorher ein schweres Schädeltrauma erlitten. Die psychiatrische Untersuchung ließ außer gelegentlicher Wutanfälle keine Abwegigkeiten erkennen. Es erfolgte Verurteilung zu lebenslänglicher Zuchthausstrafe. Verf. hält es für möglich, daß die Tat in einem epileptischen Dämmerzustand verübt wurde.

Bennecke (10) berichtet kurz über seine psychiatrische Gutachter-

tätigkeit an einem Dresdner Lazarett, insbesondere über seine Einstellung zu kriminellen Fällen.

Blinkow (16) untersuchte 100 geistig gesunde Mörder (Türken verschiedener Rasse) und bestätigte, daß zwischen den einzelnen Körperbauformen und der Art der Begehung der Verbrechen spezielle Beziehungen vorhanden sind. Um den Grad der Gefährlichkeit der Gesellschaft gegenüber zu definieren und um den besten Maßstab im Sinne der Besserung zu finden, sei eine sorgfältige Untersuchung der psychophysischen Konstitution jedes Rechtsbrechers notwendig.

Boeters (18): Ein kastrierter Sittlichkeitsverbrecher gibt 5 Monate nach der Operation an, daß ihm abnorme sexuelle Gedanken nicht mehr kämen. Das Amtsgericht Zwickau bewilligt dreijährige Bewährungsfrist. *B.* sieht darin eine befreiende Tat.

Buerschaper (23): Das Buch »Soziale Strafrechtspflege« hält, was es verspricht. Es soll den Praktiker die Bildung eigenen Urteils über den Beschuldigten erleichtern, soll ihn in die bei der Strafzumessung und dem Strafvollzug in Betracht kommenden psychologischen Fragen einführen und ihm die Grundlage geben, auf der er auf dem Gebiete der Psychologie weiter arbeiten kann. Zunächst werden die kriminal-politischen Gesichtspunkte des Gesetzes abgehandelt und dann die psychologischen Grundlagen der Schuld erörtert. Ein größeres Kapitel bringt die Methoden zur Erforschung des Seelenlebens (Psychoanalyse, Individualpsychologie, Vererbungslehre und andere Methoden, Psychologische Analyse). Dann folgen Ausführungen über Tatschwere und Strafe. Am Schluß finden sich Ausblicke. Aus der juristischen Praxis hervorgegangen gelten die Ausführungen zunächst dem Strafrichter und Strafvollzugsbeamten, sind aber für den forensisch tätigen Psychiater nicht minder wertvoll.

Friedländer (38): Gefühlsmomente sind aus der Rechtsprechung möglichst auszuscheiden. Mit Schlagworten, wie Sexualrausch, Blutrausch, Impulsknall, Atavismus (Kanibalismus) sei nichts genützt. Besondere Vorsicht sei geboten bei der neuen Fassung des Abtreibungsparagraphen. Den Suchten gegenüber sei scharfes Zufassen am Platz. Kritiklose Anwendung psychoanalytischer Lehren liefere die Gesellschaft dem Verbrecher aus. Gesetzgeber und Wissenschaft müßten neuen Lehren gegenüber besonders vorsichtig sein.

Galant (41): Die Idee *Adlers*, der Hauptgrund der Verwahrlosung des Kindes sei in seinem Geltungsbedürfnis und Machtstreben zu suchen, ist zu eng und einseitig. Der Ursachen gibt es viele. An erster Stelle stehen traurige soziale Bedingungen, Fehler der Erziehung, sozialpathologische und individual-psychopathologische Momente (Beschreibung eines Falles). Es besteht die Möglichkeit, verwahrloste Kinder in gutgeleiteten Anstalten zu nützlichen Gliedern der Gesellschaft zu erziehen.

Gaupp (42) stellt sich in einem vor Chirurgen gehaltenen Vortrag auf den bekannten Standpunkt von *His* und *Bonhoeffer*, die eine Entschädigungspflicht für die sogenannte traumatische Neurose ablehnen. Er führt Urteile oberster Gerichte an, die darauf hinausgehen, daß wunschneurotische Beschwerden, bei deren Ausgestaltung und Fixierung der Unfall selbst unwesentlich geworden ist, kein Recht auf Rente hätten. In weitaus den meisten Fällen sei die Unterscheidung organischer Unfallfolgen von rentenneurotischen Beschwerden möglich. Zum Schluß versucht *G.*, das ärztliche

Gewissen im Sinne wahrhaft sozialen Handelns zu schärfen, das mehr darin besteht, unberechtigten Rentenbezug entgegenzutreten, als sich mit dem Nimbus des humanen, arbeiterfreundlichen Arztes zu umgeben.

Goetz (46) wendet sich gegen die »Werttiefe des Kampfes um die Rentenneurose«. *Rieses* Buch »Die Unfallneurose« sieht er als »Reaktion« an. Für *Riese* werde der Neurotiker zum Bruder, zum Jedermann. Die Thesen *Stiers*, der im Neurotiker nur den Gierenden und Begehrenden sähe, seien untragbar. Man möge ihn als »Manchermann« betrachten. Der Psychoanalytiker erweise dem Neurotiker keinen guten Dienst. Kein Gemeinwesen könne sich bereit erklären, die materiellen Verpflichtungen dafür zu tragen, daß ein Irgendwer seine archaischen Stufen nicht überwunden habe und einen Unfall zum Anlaß nähme, nun einmal gründlich seinen Ich-Art-Konflikt auszuleben oder gar zu zahlen, weil irgendjemand einen Unfall herbeiführe, um sich selbst zu strafen. Behandlung der Neurotiker tue not, sei aber von der Begutachtung abzutrennen.

Goetz (48): Der Exhibitionismus entspringt nicht nur dem allgemeinen nichtsexuellen Drang zur Selbstdarstellung (*Wulffen*), sondern zugleich einer allerdings meist in Form seelischer Selbstentblößung sublimierten ursprünglichen exhibitionistischen Sexualverdrängung (*Freud*). Er ist als psychosexuelle Kümmerform mit jeder anderen psychosexuellen Wesensbeweisung eng verwandt, die einem angeborenen oder erworbenen niedrigen Persönlichkeitsniveau entspringt. Vier exhibitionierende Epileptikerinnen werden kurz beschrieben.

Gummersbach (54) hält einen 54 jährigen Säurespritzer im Gegensatz zu dem begutachtenden Arzt nicht für einen Sadisten, sondern auf Grund früherer masochistischer Akte (Auffangen weiblichen Urins) für einen Masochisten. Das Säurespritzen sollte nicht verletzen, sondern nur Fühlung mit der Frau herstellen.

Hellwig (61) hat nach einführenden Kapiteln über die Beziehungen des Okkultismus zu Aberglauben und Kriminalistik, einen Überblick über das behandelte Stoffgebiet und einer kurzen Darlegung der Methode, erschöpfend 3 Fälle (*Hildebrecht-Möckel, Drost,* Fall G.) von Kriminaltelepathie und 2 Fälle (*Spuk von Resau* und *Hopfgarten*) von Spukerscheinungen geschildert und abgehandelt. Verf. ist als Spezialist auf diesen Gebieten im Sinne exakter Forschung und kritischer Auswertung der Forschungsergebnisse allgemein anerkannt, so daß es sich erübrigt, auf den Wert der Darlegungen besonders hinzuweisen. Nach Möglichkeit wurden Gerichtsurteile, Sachverständigengutachten, briefliche Mitteilungen u. a. dem Wortlaut nach wiedergegeben, so daß das Buch schon als Quellensammlungen von psychologisch und kulturgeschichtlich überaus interessanten Materialien Bestand haben wird, auch dann, wenn alles, was *H.* an kritischer Würdigung des Stoffes geleistet hat, wertlos wäre. Praktisch kommt das Werk zu folgendem Schluß: »Daß von einer Heranziehung angeblicher Kriminaltelepathen zur Aufklärung von Verbrechen zum mindesten zur Zeit dringend abgeraten werden muß, darüber sind sich nicht nur die kritischen Psychologen und Kriminalisten einig, die sich mit der Frage der Kriminaltelepathie befaßt haben, sondern auch sämtliche großen Polizeiverwaltungen, die schon seit Jahren interessiert die Entwicklung der Kriminaltelepathie verfolgt haben, stehen auf dem gleichen Standpunkt. Ja selbst unter den Okkultisten gibt es nur wenige, die einen anderen

Standpunkt vertreten.« Das wertvollste Ergebnis der bisherigen Untersuchungen sieht *H.* in der Befruchtung der forensisch-psychologischen Kenntnisse.

Die erörterten Probleme sind nicht mehr so aktuell als zu der Zeit, wo sich fast alle Tageszeitungen eingehend damit beschäftigten. Sie werden aber immer wieder auftauchen. Da ist es für alle beruflich und privat Interessierten wichtig, ein Buch zu wissen, das in klarer und sachlicher Weise den Tatbeständen gerecht wird, indem es ohne okkulte Vorgänge prinzipiell in Abrede zu stellen auf Grund des Tatsachenmaterials überzeugende Beweisführung im Sinne des Okkultismus für die bearbeiteten sowie ähnliche Fälle in Abrede stellt.

von Hentig (65): Exhibitionisten-Statistik nach Monat, Wochentag und Tagesstunde. Bearbeitet sind die Städte Chemnitz, Dresden und Leipzig für die Zeit vom 15. 4.—15. 7. 1927 sowie die Stadt Zürich (für 5 Jahre). Verf. fand gewisse Gesetzmäßigkeiten und sieht darin Fingerzeige für den Schutz der Kinder sowie das Vorgehen der Kriminalpolizei.

Herschmann (68) bespricht den Vorentwurf zu einem italienischen Strafgesetz (1927) vom forensisch-psychiatrischen Standpunkt aus: Zurechnungsfähigkeit, Alkoholdelikte, Mißbrauch von Rauschgiften, Sittlichkeitsdelikte, Delikte Jugendlicher, Bestimmungen über den Strafvollzug, Maßnahmen zur Besserung und Sicherung, sonstige psychiatrisch wichtige Bestimmungen. Alles in allem sieht er in dem Entwurf keinen Fortschritt.

Hesse (70): Besprechung und Ablehnung der *Boeters*'schen Vorschläge über Unfruchtbarmachung von Geisteskranken, geistig Minderwertigen und Verbrechern, Ausführungen zur Stellungnahme des sächsischen und preußischen Landesgesundheitsamtes, zu anderweitiger Bearbeitung des Problems insbesondere durch Joseph *Mayer,* Möglichkeiten nach dem neuen Strafgesetzentwurf.

Jacobi (75) hat 38 Invaliditätsgutachten im Klimakterium psychisch veränderter Frauen gesammelt und bearbeitet. Er lehnt die Rente ab in Fällen, wo rentensüchtige Züge sich in den Vordergrund drängen (10), und erkennt sie an, wenn sich eine krankhafte Steigerung der normalen klimakterischen Beschwerden einstellt, die entweder ans Psychotische grenzt oder die Klimax neben körperlich, organisch bedingten, an sich noch keine Invalidenrente bewirkenden Veränderungen auftritt (14). In 14 weiteren Fällen handelt es sich um Psychosen und organische Nervenleiden, die im Klimakterium aufgetreten zur Erwerbsunfähigkeit führten. Die Schwierigkeit der Abgrenzung der einzelnen Gruppen bei der symptomatologischen und ätiologischen Unklarheit der Entstehung dieser Störung wird hervorgehoben.

Jolly (76) referiert über das neue seit 1. 1. 1929 in Kraft befindliche spanische Strafgesetzbuch, soweit es den Psychiater angeht. Es hat viel Ähnlichkeit mit dem deutschen Strafgesetzentwurf und muß als durchaus modern bezeichnet werden.

Kleist (85) zeigt in einem ausführlichen Gutachten zu einer Ehescheidungs- und Eheanfechtungssache in besonders anschaulicher Form die praktische Auswirkung seiner Anschauungen über ungewöhnliche autochthone Psychosen (sog. Degenerationspsychosen).

von Koppenfels (89): Der Strafrichter benötigt dringend bessere Ausbildung in den kriminalistischen Hilfswissenschaften, insbesondere in der

Psychologie. Hinweis auf *Aschaffenburgs* akademische Rede (1928) »Psychiatrie und Strafrecht« sowie auf *Gleisbachs* Aufsatz in der Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform (1928).

Krasusky (90) hat bei normalen Kindern, jugendlichen Rechtsübertretern und psychisch kranken Kindern in Odessa Gewicht, Körperbau und Charaktertypen (nach *Kretschmer*), sowie die prozentuale Verteilung in isoagglutinierende Blutgruppen untersucht und fand interessante Beziehungen.

Leppmann (96): Hervorhebung des Vorzuges der im neuen Strafgesetzentwurf gegebenen Bestimmungen über Zurechnungsfähigkeit, verminderte Zurechnungsfähigkeit, Maßregeln der Besserung und Sicherung, über den Mißbrauch von Rauschgiften gegenüber den jetzt geltenden Gesetzen.

Marbe (102): Ein 19jähriges schwachsinniges Mädchen hatte den Vater des fortgesetzten Verbrechens der Blutschande bezichtigt. Bei der Untersuchung wurden neue Tests (u. a. »Lügentest«) angewandt. Die häufigere Beiziehung psychologischer Sachverständiger auch für die Beurteilung erwachsener Zeugen wird gefordert.

Meltzer (106) mahnt unter Hinweis auf die Häufung der gegen Lehrer angestrengten Sittlichkeitsprozesse auf Grund von Veröffentlichungen *Sterns*, *Plauts*, *Dörings*, *Hoffmanns* u. a. sowie aus eigener Erfahrung heraus die Lehrerschaft zur Vorsicht im Verkehr mit Schülern. Alle einschlägigen Fragen werden in dem äußerst instruktiven Vortrag gestreift. Die sächsischen Bestimmungen über Vernehmungen jugendlicher Zeugen werden der Nachahmung empfohlen.

Menzel (108): Die meisten Kriegsneurotiker waren ohne den Krieg vollwertige, erwerbende Staatsbürger. Der Staat schuldet ihnen weder Renten noch soziale Hilfe, aber Hilfe und Verständnis in noch zu schaffenden Arbeitsheilstätten. — *Hansen* (108): Der Krieg hat in ungeheurem Maße ein Krankheitsbewußtsein erzeugt, das sich in normalen Zeiten vielleicht nie manifestiert hätte. Der Gutachter muß die Verminderung der Arbeitsfähigkeit des ganzen Menschen feststellen. Zu dieser Feststellung ist in erster Linie der praktische Arzt berufen, der den Kriegsbeschädigten am besten kennt.

Moll (114): *William Stern* wird mangelhafte Kenntnis des Sexuallebens sowie fehlende pädagogische Erfahrung vorgeworfen. Sein Vorschlag, Schulpsychologen einzuführen, wird zurückgewiesen unter Hinweis auf die Einseitigkeit und Uneinheitlichkeit psychologischer Richtungen. *Hoffmann* ist nach *Molls* Ansicht kein Pädagoge. Immerhin hat er die von Minister Becker gestellte Aufgabe der Bearbeitung von Ostern 1921 bis August 1925 an höheren Schulen aktenmäßig festgelegter Sexualvergehen geschickter und kritischer durchgeführt wie *Stern*.

Oseretzky (123): Sexualdelikte Minderjähriger spielen in der Statistik eine sehr bescheidene Rolle. Der Prozentsatz bleibt aus verschiedenen Gründen hinter der Wirklichkeit zurück. Die Delikte bilden eine Skala: von der sexuellen Neugierde über sexuelle Handlungen wie Berühren, Betasten, Nachahmen des Geschlechtsaktes, über Geschlechtsverkehr mit geschlechtsunreifen Personen, über kollektive und individuelle Päderastie bis zur Stufe der Notzucht. Von der ersten bis zur letzten, vierten Stufe wächst das Alter des Rechtsbrechers. Fehlen richtiger sexueller Erziehung und Verwahrlosung sind die Hauptursachen sexueller Entgleisungen. Hier hat die Prophylaxe einzusetzen.

Otten (124): Bei der Kraftmessung am Hand- und Körperdynamometer sind die Leistungen der Hirntraumatiker absolut geringer als die entsprechend gebauter körperlich und geistig gesunder Menschen. Auch bei rhythmischer Dauerarbeit weisen Hirnverletzte und Normale differente Kurven auf.

Reuter (133): Spezialsachverständige auf dem Gebiet der pathologischen Anatomie, Gynäkologie und Psychiatrie sind, wenn sie sich mit der forensischen Seite ihres Faches wenig beschäftigt haben, für Fragestellungen auf diesem Gebiet weniger berufen als gut durchgebildete Gerichtsärzte. Von letzteren wird eine mindestens 5jährige Vorbildung verlangt.

Riese (138): Ein wegen Querulantenwahns Entmündigter wird durch Gutachten wieder bemündigt. Die Tatsache, daß ein Mensch in einen ausgedehnten Rechtsstreit gerät, beweise noch nichts über seinen Geisteszustand, insbesondere über eine krankhafte Prozeßsucht oder einen Querulantenwahnsinn. Es müsse erst der Beweis erbracht werden, daß alle Rechtsstreitigkeiten jeglicher sachlichen Untergründe und jeglicher Berechtigung entbehren.

Rosenfeld (146): U. a. wird die Frage kurz erörtert, ob Anlage zur Geisteskrankheit, ferner Irrtum in der prognostischen Beurteilung des Gesundheitszustandes als Eheanfechtungsgrund im Sinne des § 1333 BGB. gelten kann.

Salinger und *Kallmann* (151): Bei primärem Leberkrebs wird für Metastasenbildung im dritten Lendenwirbelkörper ein kausaler Zusammenhang zu einem Trauma des dritten Lendenwirbels angenommen.

Schmitt (155): Ein Fortbildungsvortrag für praktische Ärzte. Gewissenhafte erste Befunderhebung, Ablehnung der Entschädigung durch Begehrungsvorstellungen entstandener Beschwerden, Unzulässigkeit von »Gefälligkeitsattesten« werden besonders hervorgehoben.

Schneider Kurt (156): Es gibt einen quantitativen und einen wertenden Normbegriff. Abnorm im Psychischen ist das Unterdurchschnittliche. Es gilt hier also der quantitative Normbegriff. Krankheit im Psychischen ist nicht jede Abweichung vom Normaltypus, auch nicht die Steigerung des Abnormen, sondern Hinzukommen von etwas Neuem, Umstellung im Biologischen. Abnorme Persönlichkeiten sind als solche nicht krank. Sie sind es nur im Hinblick auf soziale Wertungen.

Schneider Kurt (157) zeigt in einem Vortrag die Beziehungen zwischen soziologischen, psychologischen und konstitutionellen Typen an Haltlosen, Schwindlern und Streitsüchtigen.

Schwarz (162) versucht, die psychologische Struktur der Rentenneurose nach kausalen und finalen Elementen zu ordnen und klinische Erwägungen, therapeutische Notwendigkeiten und prognostische Aussichten mit der psychologischen Grundeinstellung der Rentenneurose in Einklang zu bringen. Er zeigt, wie in praktisch-sozialer Anwendung der psychiatrischen Klärung der Rentenneurose als einer psychogenen Finalreaktion auf das Entschädigungsverfahren die grundsätzliche Entscheidung des R. V. A. von 1926 entstand. Er hat 83 in den Jahren 1919 bis 1925 in der Berliner Nervenklinik begutachtete Rentenneurotiker aktenmäßig weiterverfolgt und gefunden, daß in 48% der Fälle das Verfahren erst nach ein oder mehreren Jahren zum Abschluß kam, daß ferner in $^1/_4$ der Fälle die versicherungsrechtliche mit der durch klinische Beobachtung gewonnenen

ärztlichen Beurteilung differierte. Durch die R. V. A.-Entscheidung werde Zeit und Geld gespart.

Seelert (163): Der Rechtsschutz für den mit Beschränkung der Geschäftsunfähigkeit Entmündigten ist bei verständiger Führung der Vormundschaft fast ebenso weitgehend wie der für den mit Aufhebung der Geschäftsfähigkeit Entmündigten. Von der Möglichkeit der Entmündigung wegen Geistesschwäche ist häufigerer Gebrauch zu machen. So sind zahlreiche Verfahren zur Wiederaufhebung der Entmündigung zu vermeiden.

Sieverts (164): Die ausgezeichnete Schrift aus der Schule *Liepmanns* soll einerseits zeigen, wie wenig in wissenschaftlich einwandfreiem Maße über die während des Strafvollzuges im Gefangenen sich abspielenden psychischen Vorgänge und ursächlichen Zusammenhänge bekannt ist, andererseits soll sie eine Zusammenstellung der Probleme versuchen, wie sie sich aus der großen Literatur, die bisher über Strafanstaltsleben und Gefangene erschienen ist, ergeben. Da eine kritische Zusammenstellung des gegenwärtigen Wissens über haftpsychotische Probleme nicht vorhanden ist, schließt die Arbeit eine Lücke. *S.* behandelt die endogenen und exogenen Bedingungen des Seelenlebens in der Straf- und Untersuchungshaft, ferner die Psychologie der Einzelhaft (Untersuchungs- und Strafeinzelhaft) und der Gemeinschaftshaft, zuletzt die Psychologie der Hausstrafen. Die Hereinarbeitung von 45 Memoiren zum Teil berühmter Gefangener sei hervorgehoben. In einem Schlußwort weist der Verf. darauf hin, daß die Wirkungen der Freiheitsstrafe oft über die Haft hinaus bestehen bleiben. Das angefügte Literaturverzeichnis sowie die zahlreichen Literaturhinweise durch Fußnoten dürften denjenigen, die sich mit ähnlichen Fragen beschäftigen, besonders willkommen sein.

Warstadt (183) prüfte das von Strafanstaltsärzten gesammelte Material der bayrischen kriminalpsychologischen Sammelstelle am Zuchthaus Straubing auf seine wissenschaftliche Verwendbarkeit, indem er die Befunde mit jenen früherer Spezialuntersuchungen von Sachverständigen verglich und solche Gruppen von Kriminellen zusammenstellte, für die grobe Unterschiede in wesentlichen biologischen und sozialen Bedingungen zu erwarten waren. Er wählte zum Vergleich 100 mindestens einmal Vorbestrafte und 50 Erstbestrafte mit mindestens 2jähriger Freiheitsstrafe. *W.* erscheint der Schluß berechtigt, daß das in Straubing gesammelte Material schon jetzt brauchbar und von ganz erheblicher Wichtigkeit sei. Verbesserungsvorschläge werden angeführt.

Nach *Beltrán* (9) betrafen in Buenos Aires im Jahre 1927 26,5% der Polizeistrafen Betrunkene. Bei den Verbrechen gegen die Person bestand Trunkenheit in 6,5%, bei den Eigentumsvergehen dagegen nur 1%; ferner in 10% der Unfälle. *Jolly.*

Vogt (177a): Das neue norwegische Gesetz, wonach bei vermindert Zurechnungsfähigen keine Strafmilderung, sondern Sicherungsbestimmungen an Stelle der Strafe treten, sowie namentlich bei Rückfallverbrechern mit ihr kombiniert werden können, wird kommentiert. Es sei verwiesen auf das ausführliche Referat von *Carrière:* Das neue norwegische Sicherungs- und Bewahrungsgesetz, in der Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, 1931, 94 Heft 4—6.

Evensen und *Monrad-Krohn* (30a): Ein Eisenbahnschaffner war im August 1927 verurteilt worden wegen unanständigen Benehmens weiblichen Fahrgästen gegenüber. Er wurde verabschiedet und als durch

Trinken abgestumpft und geschwächt einer Trinkerheilstätte überwiesen, wo bald Geisteskrankheit festgestellt wurde, kam in die staatliche Anstalt Gaustad, wo er für das Wiederaufnahmeverfahren begutachtet wurde und 7 Monate nach der Aufnahme unter Zeichen zunehmenden Hirndruckes starb. Es fand sich ein hühnereigroßes, unscharf begrenztes, zellreiches Gliom im rechten Stirnhirn. Das erste Krankheitszeichen war ein Anfall von tiefem Schlaf mit Schnarchen im Oktober 1924, dem ein leichterer ebensolcher nach einem Monat folgte. Etwa ein Jahr später häufig Kopfschmerzen, weniger liebevoll, hitzig. Sommer 1927 Neigung zu Erbrechen und Schwindel, Kopfschmerzen, trotzdem munter und vergnügt. Zunehmender Alkoholmißbrauch, weswegen er schon September 1926 die erste Disziplinarstrafe erhält. In dieselbe Zeit fällt auch schon das erste unanständige Auftreten gegenüber weiblichen Fahrgästen. Er wird auch gleichgültig, vernachlässigt sein Äußeres. Die routinemäßige Arbeit schafft er aber noch. Allmählich wird er auch polternd, grob, auffahrend, 1927 im April wiederholt er sein unzüchtiges Benehmen. Es geht dann schnell bergab mit ihm. Er wird schon für das erste Delikt (1926) für wahrscheinlich unzurechnungsfähig erklärt. *Carrière.*

---

12. Versammlungen und Kongresse.

Bayerische Psychiater, Jahresvers. 1928 in Bamberg u. Kutzenberg. Allg. Z. Psychiatr. **91**, 225.

—, Jahresvers. 1929 in München. Allg. Z. Psychiatr. **92**, 301.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie u. Nervenheilkunde. Klin. Wschr., Zbl. Neur. **52**, **53**, **54**.

Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie in München. Zbl. Neur. **53**, 559; **54**, 413.

Deutscher Verein für Psychiatrie, Jahresversammlung 1928 in Kissingen. Allg. Z. Psychiatr. **90**, 166.

Dresden, Forensisch-Psychiatrische Vereinigg. 1926—1929. Allg. Z. Psychiatr. **92**, 499.

Genf, Soc. méd.-psychol. Schweiz. Arch. Neur. **25**.

Gesellschaft Deutscher Nervenärzte, Jahresvers. Hamburg, 13.— 15. 9. 1928. Dtsch. Z. Nervenheilk. **106**, **107**; Würzburg 19.—21. 9. 1929 Dtsch. Z. Nervenheilk. **110**, **111**, Zbl. Neur. **54**, 111.

Groß-Hamburg, Gesellsch. d. Neurologen u. Psychiater. Klin. Wschr.

Heilpädagogik, 4. Kongreß, Leipzig 1928. Berlin, J. Springer, 1929.

Hilfsvereine für Geisteskranke. Besprechung Danzig 1929. Z. psych. Hyg. **2**, 118.

Mitteldeutsche Psychiater u. Neurologen, Halle 4. 11. 1928. Arch. f. Psychiatr. **87**, 688.

München, neurologisch-psychiatrische Gesellschaft. Klin. Wschr.

Naturforscher u. Ärzte, Deutsche, Abt. 27 Neurologie u. Psychiatrie. Hamburg 15.—22. 9. 1928. Zbl. Neur. **51**, 619.

Niedersachsen u. Westfalen, Verein d. Irrenärzte, Hannover 5. 5. 1928. Allg. Z. Psychiatr. **91**, 321.
Nordostdeutscher Verein f. Psychiatrie u. Neurologie, Jahresversammlung Königsberg 16. 2. 1929. Allg. Z. Psychiatr. **92**, 298.
Paris, Congrès de méd. lég. Oktober 1928. Mschr. Krimin. psychol.
Psychische Hygiene, 1. Tagung Hamburg 20. 9. 1928. Zbl. Neur. **51**, 630.
Psychologie, experimentelle, 9. Kongreß, Wien 1929. Psychol. u. Med. **4**, 44.
Psychotherapie, III. u. IV. allg. ärztl. Kongreß, 1928 bzw. 1929. Bericht: Leipzig, S. Hirzel (s. S. 104*).
Rheinprovinz, Psychiatrischer Verein. Köln 24. 11. 1928. Arch. f. Psychiatr. **86**, 831.
Schweiz, Ärztegesellschaft für Psychoanalyse. Schweiz. med. Wschr., Schweiz. Arch. Neur. **24**, 118.
Schweizer. Neurologische Gesellschaft. Schweiz. Arch. Neur. **24**.
Schweizer. Verein für Psychiatrie. Schweiz. Arch. Neur. **24**; Allg. Z. Psychiatr. **92**, 326.
Südostdeutsche Psychiater u. Neurologen, Jahresversammlung Breslau 25./26. 2. 1928. Allg. Z. Psychiatr. **91**, 206; Jahresvers. Breslau 2./3. 3. 1929 ebenda 309, Arch. f. Psychiatr. **88**, 462.
Südwestdeutsche Neurologen u. Psychiater, Wanderversammlung Baden-Baden 2./3. 6. 1928. Arch. f. Psychiatr. **86**, 272; Zbl. Neur. **51**, 230; 1./2. 6. 1929. Arch. f. Psychiatr. **88**, 788; Zbl. Neur. **54**, 315.
Südwestdeutsche Vereinigung für Psychiatrie mit Verein Schweizer Psychiater, Basel 25./26. 10. 1929. Allg. Z. Psychiatr. **92**, 326.
Ungarische psychiatrische Gesellschaft, 10. Landestagung. Budapest, Pester Lloyd Ges.
Wien, Akademischer Verein für medizinische Psychologie. Wien. med. Wschr.
Wien, Verein für Psychiatrie und Neurologie. Klin. Wschr., Wien. klin Wschr.

Alphabetisches Inhaltsverzeichnis des Literaturberichtes.

(Die Zahlen mit einem * bedeuten die Seiten des Literaturberichtes, die Zahlen ohne Stern die Nummern der angeführten Veröffentlichungen.)

---

1. Sachregister.

2. Autorenregister.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE
UND PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN
HERAUSGEGEBEN VON
DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

LITERATURBERICHT ZU BAND 90—91

BERICHT
ÜBER DIE
PSYCHIATRISCHE LITERATUR
IM JAHRE 1929

REDIGIERT
VON

HELMUT MÜLLER
LEIPZIG-DÖSEN

AUSGEGEBEN AM 10. AUGUST 1932



BERLIN UND LEIPZIG 1932
WALTER DE GRUYTER & CO.
VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG : J. GUTTENTAG, VERLAGS-
BUCHHANDLUNG : GEORG REIMER : KARL J. TRÜBNER : VEIT & COMP.

Die Fortsetzung dieser Literaturübersicht finden Sie auf der 3. Umschlagseite.

Veröffentlichungen des Deutschen Verbandes für psychische Hygiene:

Bericht über die Erste Deutsche Tagung für psychische Hygiene in Hamburg am 20. September 1928. Im Auftrag des Vorstandes des Deutschen Verbandes für psychische Hygiene herausgegeben von dem Geschäftsführer Dr. Hans Roemer, Direktor der Heilanstalt Illenau bei Achern i. B. Oktav. 159 Seiten. 1929. RM. 10.—

Dieser Bericht über die Erste Deutsche Tagung für psychische Hygiene ist ein vollständiger grundsätzlicher Überblick über das gesamte Gebiet der psychischen Hygiene. Für deren kommenden Ausbau wird man auf dieses Buch immer wieder als Ausgangspunkt zurückgreifen.

Bericht über die Zweite Deutsche Tagung für psychische Hygiene in Bonn am 21. Mai 1932. 1932. Im Druck.

Die deutschen Hilfsvereine für Geisteskranke, ihre Entstehung und ihr gegenwärtiger Stand. Im Auftrag des Verbandes Deutscher Hilfsvereine für Geisteskranke herausgegeben vom Vorstand, C. Ackermann-Dresden, M. Fischer-Berlin, J. Herting-Düsseldorf, H. Roemer-Illenau. Groß-Oktav. 126 Seiten. 1930. RM. 8.—

Die vorliegende Schrift verfolgt eine doppelte Absicht: 1. angesichts der großen Entwicklung der psychischen Hygiene die historische Entwicklung ihrer Träger, der Hilfsvereine, festzuhalten, um dieses Material stets verwertbar darzustellen; 2. die weitere Gründung solcher Vereine sowie deren zeitgemäßen Ausbau zu fördern.

Zeitschrift für psychische Hygiene. Offizielles Organ des Deutschen Verbandes für psychische Hygiene. Herausgegeben vom Vorstand des Deutschen Verbandes für psychische Hygiene R. Sommer-Gießen, W. Weygandt-Hamburg, H. Roemer-Illenau, H. Simon-Gütersloh, Nitsche-Sonnenstein unter Mitwirkung des Herausgebers der „Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie" G. Ilberg-Dresden.
Jährlich 6 Hefte zu je 2 Bogen. Band I/V. 1928—1932. Je RM. 6.—

Die Anstalten für Psychisch- und Nervenkranke, Schwachsinnige, Epileptische, Trunksüchtige usw. in Deutschland, Österreich, der Schweiz und den baltischen sowie anderen Grenzländern. Von Hans Laehr. 8., von Anstaltsdirektor i. R. Professor Dr. Georg Ilberg (Dresden) vollkommen neubearbeitete Aufl. Oktav. II, 158 Seiten. 1929. RM. 10.—

„. . . Das sorgfältig bearbeitete und umfassende Buch wird jedem, der sich die Frage nach Unterbringung irgendwelcher Kranken vorlegen muß, unentbehrlich sein." *Allg. ärztl. Ztsch. f. Psychotherapie.*

Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt. Von Dr. Hermann Simon, Direktor der Provinzialheilanstalt Gütersloh. Oktav. II, 167 Seiten. 1929. RM. 10.—

„Simon hat nicht Altes aufgewärmt, sondern er hat etwas Neues geschaffen. Seine erfolgreiche Umstellung der Anstaltstherapie ist eine Tat, für die wir Psychiater ihm für unsere Kranken nicht genug danken können."
Münchner Medizin. Wochenschrift.

Humor in der Neurologie und Psychiatrie. Gesammelt von den Fachärzten des deutschen Sprachgebietes. Ausgewählt von Sanitätsrat Dr. Bratz, Direktor der Wittenauer Heilstätten. Groß-Oktav. 74 Seiten. 1930. RM. 4.—

Der Zweck dieser Sammlung wird am glücklichsten durch den Herausgeber im Vorwort umschrieben. „Der Neurologe und Psychiater bedarf des Humors im Sinne jener hohen, von der Last der Dinge und Gedanken befreienden Eigenschaft, wenn es gilt, für das gedrückte Gemüt das heitere erlösende Wort zu finden; er soll dem Kranken ein freundlicher Verwandter der trüben Umwelt sein, er soll ihm das Unabänderliche noch erträglich machen, er soll ihm ein froher scherzender Gesellschafter sein — und schließlich bleiben die Stunden auch im Beruf des Nervenarztes nicht aus, in denen er eine Dosis Humor nötig hat."

Die Erhaltung der geistigen Gesundheit. Von Dr. Th. Rumpf, o. Professor an der Universität Bonn. Oktav. 69 Seiten. 1919. RM. 1.20

